

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS

por

Eneida Maria Troller Conte

Orientador: Dr. Adair da Silva Lopes

Dissertação Apresentada à Coordenadoria de Pós-graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Santa Catarina como Requisito Parcial para Obtenção
do Título de Mestre em Educação Física, na Área de Concentração
Atividade Física Relacionada à Saúde

Florianópolis – SC

Março de 2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A Dissertação: **INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS**

Elaborada por: ENEIDA MARIA TROLLER CONTE

E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Área de concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde.

Data: _____ de Março de 2004

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes

Coordenador do Mestrado em Educação Física

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes (Orientador)

Prof^a. Dr^a. Silene Sumire Okuma

Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas

DEDICATÓRIA

Para meu esposo Osmar, amigo e companheiro, pela compreensão, paciência e amor demonstrados em todos os momentos de nossa vida.

Para minha pequena Vivi, que teve que suportar minha ausência durante o Curso.

E, para Maria Magdalena, minha mãe, exemplo de luta pela vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela disposição e força que tem me dado para a vida.

Às minhas irmãs, pela compreensão e amizade.

Ao meu orientador Prof. Dr. Adair da Silva Lopes, pela dedicação e pelas diferenças, fundamentais em nossas caminhadas.

Ao Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias, por termos partilhado tantos momentos de conversas, e por reforçar que na vida o que mais importa são nossos ideais e valores.

A Prof^a Dr^a Silene Sumire Okuma, pela colaboração na qualificação do Projeto e participação na Banca Examinadora.

A todos os professores, por partilharem conosco a amizade, compreensão e seus ensinamentos.

Aos colegas Edílson e Mauro pela colaboração no tratamento estatístico.

Aos colegas Andréia, Cristiane, Thais, Silvio e Rodrigo pela amizade.

Aos colegas de turma, Adriana, Cláudia, Joseani, Maria Eloísa, Paula, Temis, Natasha, Milton, Jair, Aldemir, Rodrigo, Márcio, Roger e Marcelo, que compartilharam comigo os anos de estudo e expectativas no cotidiano.

Ao amigo Jairo.

A todas as mulheres que voluntariamente colaboraram respondendo ao questionário-entrevista, tornando possível a realização deste estudo.

Aos acadêmicos de Educação Física da Unioeste – Campus de Marechal Cândido Rondon, pela colaboração na coleta de dados.

A Unioeste pela viabilização e oportunidade de aprendizado.

RESUMO

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS

Autora: Eneida Maria Troller Conte

Orientador: Prof. Dr. Adair da Silva Lopes

A qualidade de vida de idosos tem sido foco de muitos estudos e pesquisas nas últimas décadas. No Oeste do Estado do Paraná, existem iniciativas na realização de programas de atendimento ao idoso com atividades diversificadas, porém são inexistentes pesquisas sobre os resultados dessas atividades de extensão e sua influência sobre a qualidade de vida de pessoas idosas. Neste sentido, este estudo objetivou analisar indicadores da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental) e, associá-los ao nível de atividade física habitual de mulheres idosas participantes dos Grupos de Convivência de Idosos do Município de Marechal Cândido Rondon, PR. A amostra foi composta de 320 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos. A seleção da amostra foi dentre as mulheres dos 14 grupos, que voluntariamente aceitaram participar como sujeitos da pesquisa. Para a coleta de dados utilizou-se uma entrevista estruturada contendo 3 (três) partes: (1) aspectos sócio-demográficos e classificação sócio-econômica; (2) qualidade de vida (WHOQOL-breve da Organização Mundial de Saúde - OMS) e (3) nível de atividade física (IPAQ-versão curta, da Organização Mundial de Saúde). Os dados foram tabulados no pacote estatístico SPSS 10.0. Na análise dos resultados utilizou-se a distribuição em frequências e percentuais, o teste de associação de Qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$ e a análise multivariada de Cluster (Método de Ward). Os resultados demonstraram que 50,0% de mulheres estavam na faixa etária de 60 a 65 anos; 50,3% eram casadas; 78,8% eram de descendência alemã; 79,4% possuíam o ensino fundamental (1ª a 4ª série) e 79,1% eram de nível socioeconômico C. Na caracterização dos subdomínios do domínio físico, 60,0% responderam não sentir dor ou desconforto; 67,8% declararam que tinham bastante energia; 70,0% estavam satisfeitas com o sono; 88,5% estavam satisfeitas com sua mobilidade; 84,4% estavam satisfeitas com o desempenho de atividades do dia-a-dia. Na caracterização do domínio psicológico, 94,3% estavam bastante satisfeitas consigo mesma; 66,0% estavam satisfeitas com a capacidade de memória e concentração; 85,9% estavam satisfeitas com a aparência física; 90,6% possuíam bastante percepção do sentido da vida e 88,4% responderam que nunca experimentavam sentimentos negativos. Na caracterização do domínio social, 96,8% estavam muito satisfeitas com as relações pessoais; 94,0% estavam satisfeitas com o apoio dos amigos e parentes; 42,8% estavam satisfeitas com a vida sexual e 68,7% aproveitavam bastante a vida. Na caracterização do domínio ambiental, 71,5% estavam satisfeitas com a segurança física; 76,8% estavam satisfeitas com o ambiente físico; 92,5% estavam satisfeitas com a moradia; 80,3% estavam satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde; 40,0% possuíam recursos financeiros suficientes para as necessidades básicas; 59,6% possuíam bastante oportunidade de informações e 82,8% estavam satisfeitas com o meio de transporte. Na associação do nível de atividade física e os subdomínios da qualidade de vida; o domínio físico apresentou-se associado positivamente ao nível de atividade física (NAF), as mulheres ativas sentiam menos dor e desconforto, mais energia para o dia-a-dia; maior satisfação com o sono, maior capacidade de locomoção; maior satisfação com o desempenho de atividades, maior satisfação com a capacidade de trabalho e menos necessidade de tratamento médico. No domínio psicológico, os subdomínios satisfação com a capacidade de memória e

concentração, e a satisfação pessoal estavam associados ao NAF. No domínio social, o subdomínio que apresentou associação com o NAF foi a satisfação com o apoio recebido dos amigos e parentes. No domínio ambiental, os subdomínios que se associaram com o NAF foram a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, as oportunidades de adquirir informações, as oportunidades de lazer e a satisfação com o meio de transporte. Tanto a avaliação da qualidade de vida, e a percepção de saúde, foram mais positivas nas mulheres ativas. Os dois subdomínios mostraram-se associados ao NAF. Constatou-se que entre os subdomínios que apresentaram “forte hierarquia” de agrupamento estavam: a satisfação com os relacionamentos pessoais, a satisfação pessoal e o apoio recebido dos parentes e amigos; a satisfação pessoal e o sentido da vida; a satisfação com a capacidade de trabalho e o desempenho de atividade do dia-a-dia, estavam ligados com a energia para o dia-a-dia. Com “média força de hierarquia” de agrupamento estavam os subdomínios de acesso aos serviços de saúde apresentou-se ligado com a capacidade de concentração e a segurança na vida diária; as oportunidades de lazer e a renda suficiente estavam ligadas ao acesso de obter informações do dia-a-dia; a renda suficiente para as necessidades estava ligada a percepção de quanto aproveitavam a vida (sentimento positivo). Com “fraca hierarquia” de agrupamento estavam os subdomínios, satisfação com o sono e a satisfação com a vida sexual; a dor funcional e a necessidade de tratamento médico, que estavam dissociados dos demais grupos de subdomínios.

Unitermos: Qualidade de vida, atividade física habitual, estilo de vida, mulheres idosas.

ABSTRACT

INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN

Author: Eneida Maria Troller Conte
Orienting: Professor Adair da Silva Lopes, Dr.

Quality of life in the elderly has been the focus of many studies and researches in the last decades. In western Paraná, there are initiatives in extension projects with different activities, but there aren't researches about the results of these extension projects and their influences in the quality of life in the elderly. So, this study had as an objective to analyze indicators of life quality (physical, psychological, social and environmental dominions) and, associate them to the level of habitual physical activity of elderly women who participate in close companionship groups of elderly in Marechal Cândido Rondon, Paraná. The sample was made up of 320 women in the age of 60 or older. The selection of the sample was done among the women from the 13 groups that voluntarily accepted to participate as subjects of the research. For the collection of the data a structured interview containing three parts was used. The first containing social-demographic aspects and social-economic classification; the second, quality of life (WHOQOL - bref by World Health Organization) and the third, physical activity level (IPAQ - short version, by World Health Organization). The data was tabulated in the statistics pack SPSS 10.0. In the analysis of the results the distribution in frequencies and percentage and the test of association in Qui-square, considering the significance $p < 0,5$ and the multivariate analysis of Cluster (Ward Method) were used. The results showed that 50,0% of the women were in the age of 60 to 65; 50,3% were married; 78,8% were descended from german; 79,4% went to elementary school (1st to 4th grades) and 79,1% were from the C social-economic level. In the characterization of the subdominions of the physical dominion, 60,0% said not to feel pain or discomfort; 67,8% said they had a lot of energy; 70,0% were satisfied with the sleep; 88,5% were satisfied with their mobility; 84,4% were satisfied with the performance of the day by day activities. In the characterization of the psychological dominion, 94,3% were very satisfied with themselves; 66,0% were satisfied with the power of memory and concentration; 85,9% were satisfied with physical appearance; 90,6% had a great perception of the sense of life and 88,4% said they had never tried negative thoughts. In the characterization of the social dominion, 96,8% were very satisfied with the personal relationships; 94,0% were satisfied with the support from friends and relatives; 42,8% were satisfied with the sexual life and 68,7% enjoyed life a lot. In the characterization of the environmental dominion, 71,5% were satisfied with physical safety; 76,8% were satisfied with the physical environment; 92,5% were satisfied with home; 80,3% were satisfied with the access to the health services; 40,0% had sufficient financial resources for the basic needs; 59,6% had many opportunities for information and 82,8% were satisfied with the means of transportation. In the association of the physical activity level and the subdominions of life quality; the physical dominion was presented positively associated to the level of physical activity. Active women felt less pain and discomfort, had more energy, more satisfaction with the sleep, more capacity to move, more satisfaction with the performance of activities, more satisfaction with the capacity to work and less need of medical treatment. In the psychological dominion, the subdominions satisfaction with the capacity of memory and concentration, and the self-satisfaction were associated to the physical activity level. In the social dominion, the subdominion that presented association to the physical activity level was the satisfaction with the support received from friends

and relatives. In the environmental dominion, the subdominions associated to the physical activity level were satisfaction with the access to the health services, the opportunities to get information, the opportunities of leisure and the satisfaction with the means of transportation. The valuation of life quality and the perception of health were more positive in active women. Both subdominions were associated to the physical activity level. It was verified that among the subdominions that presented “strong hierarchy” of grouping were the satisfaction with the personal relationships and the support received from friends and relatives; the self-satisfaction and the sense of life; the satisfaction with the capacity to work and the performance of the day by day activities, were linked to the energy for the day by day. With “medium hierarchy strength” of grouping were the subdominions of access to the health services which was linked to the capacity of concentration and the daily life security; the opportunities of leisure and the sufficient income were linked to the access to day by day information; the sufficient income for the needs was linked to the perception of how much they enjoyed life (positive feeling). With “weak hierarchy” of grouping were the subdominions, satisfaction with the sleep and satisfaction with the sexual life; the functional pain and the need of medical treatment were dissociated from the other subdominion groups.

Uniterms: Quality of life, habitual physical activity, life style, elderly women.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	v
LISTA DE ANEXOS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE QUADROS.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiii

Capítulo	Página
I. INTRODUÇÃO.....	01
O problema e sua Importância	
Objetivo Geral	
Objetivos Específicos	
Delimitação Conceitual de Termos	
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	07
O Envelhecimento Humano	
Qualidade de Vida	
Atividade Física Habitual	
Pesquisas sobre a Qualidade de Vida em Mulheres	
III. MATERIAL E MÉTODOS.....	31
Modelo de Estudo	
População	
Amostra	
Instrumentos de Medida	
Descrição dos Instrumentos	
Estudos de Validação dos Instrumentos de Medida	
Coleta de Dados	
Sistematização da Coleta de Dados	
Quadro de Variáveis	
Tratamento Estatístico	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	112

LISTA DE ANEXOS

Anexos	Página
1 Ficha de Coleta de Dados.....	113
2 Classificação do Nível de Atividade Física – IPAQ	117
3 Critério de Classificação Econômica Brasil.....	118
4 WHOQOL – breve.....	119
5 Passos Para checar e Esclarecer Dados e Computar as Facetas e os Escores dos Domínios.....	121
6 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	122

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1 Dimensões da Saúde e Qualidade de Vida.....	13
2 Modelo de Qualidade de Vida na Velhice.....	15
3 Contínuo dos Comportamentos Positivos e Negativos de Saúde	24
4 Dendograma da Força de Hierarquia de Ligação entre os Domínios da Qualidade de Vida.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1 Distribuição Geográfica dos Grupos de Idosos.....	33
2 Domínios e Subdomínios do WHOQOL.....	34
3 Coeficiente de Fidedignidade de Controle de Cronbach dos Domínios e Questões.....	36
4 Coeficiente de Correlação entre Diferentes Domínios na Amostra Total	36
5 Variáveis Sócio-demográficas.....	39
6 Subdomínios de Qualidade de Vida.....	40
7 Nível de Atividade Física Habitual.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1 Características Sócio-demográficas	44
2 Caracterização do Domínio Físico	46
3 Caracterização do Domínio Psicológico	48
4 Caracterização do Domínio Social	50
5 Caracterização do Domínio Ambiental.....	51
6 Caracterização da Avaliação da Qualidade de Vida.....	53
7 Caracterização da Percepção de Saúde.....	54
8 Caracterização do Nível de Atividade Física.....	55
9 Associação entre Dor e Desconforto e o Nível de Atividade Física (NAF).....	57
10 Associação entre Energia e NAF.....	58
11 Associação entre Satisfação com o Sono e o NAF.....	59
12 Associação entre Capacidade de Locomoção e o NAF.....	60
13 Associação entre Desempenho de Atividades e o NAF.....	62
14 Associação entre Capacidade de Trabalho e o NAF.....	63
15 Associação entre Necessidade de Tratamento Médico e o NAF.....	64
16 Associação entre Capacidade de Concentração e o NAF.....	66
17 Associação entre Satisfação com a Aparência Física e o NAF.....	68
18 Associação entre Sentido da Vida e o NAF.....	69
19 Associação entre Sentimentos Negativos e o NAF.....	71
20 Associação entre Satisfação Pessoal e o NAF.....	72
21 Associação entre Aproveitar a Vida e o NAF.....	73
22 Associação entre Relações Pessoais e o NAF.....	75
23 Associação entre o Suporte Pessoal e o NAF.....	77
24 Associação entre Satisfação com a Vida Sexual.....	78
25 Associação entre Segurança na Vida e o NAF.....	80
26 Associação entre Satisfação com a Moradia e o NAF.....	82
27 Caracterização da Associação: Satisfação com o Ambiente Físico e o NAF.....	83
28 Associação entre Renda Suficiente e o NAF.....	84
29 Associação entre Satisfação com o Acesso aos Serviços de Saúde e o NAF.....	86

30	Associação entre as Oportunidade de Adquirir Informações e o NAF.....	87
31	Associação entre Oportunidades de Lazer e o NAF.....	88
32	Associação entre Satisfação com o Meio de Transporte e o NAF.....	90
33	Associação entre Avaliação da Qualidade de Vida e O NAF.....	92
34	Associação entre Percepção de Saúde e o NAF.....	94

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O problema e sua importância

O número de pessoas idosas, na atualidade, é maior que em qualquer outro tempo da história. Com o aumento desta população, muitos aspectos relativos ao envelhecimento têm sido discutidos e pesquisados (McMurdo, 2000).

O crescimento da população idosa torna-se cada vez mais relevante, superando inclusive o crescimento da população total. Este fenômeno vem ocorrendo desde a década de 40 (quarenta). No Brasil, as projeções para 2000 a 2010 apontam um desaceleramento para o crescimento populacional de idosos. Somente entre 2010 e 2020 voltará a crescer em torno de 3,80% ao ano. A população de idosos apresenta os seguintes números e projeções: ano de 2000 (8.658.000), ano de 2010 (11.192.000) e para 2020 (16.224.000), o que representa um crescimento de aproximadamente 100% em um período de 20 (vinte) anos (Berquó, 1999).

No Brasil e nos demais países subdesenvolvidos são considerados idosos, pessoas com mais de 60 anos de idade, enquanto que nos países desenvolvidos esta categoria compreende pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Neri, 2001).

A partir da terceira década de vida da pessoa, começam a acontecer transformações fisiológicas nos sistemas do organismo, associadas ao envelhecimento. As pessoas descobrem que o corpo se recupera mais lentamente em temperaturas extremas de frio e de calor; o senso de equilíbrio fica prejudicado, dificultando a locomoção; os níveis de glicose e a taxa metabólica sofrem alterações e um dos piores desequilíbrios que o envelhecimento pode provocar é a hipertensão, que se não for tratada, reduz a expectativa de vida das pessoas (Chopra, 1994).

As mudanças no estilo de vida, incluindo mudanças nos níveis de atividade física e na dieta, podem contribuir para o processo de prevenção de doenças que se manifestam

com a idade, principalmente os problemas funcionais que se evidenciam nas pessoas mais velhas (Bouchard, Shephard & Stefens, 1993).

A forma pela qual a pessoa envelhece não depende apenas da constituição genética, mas também da vida que cada um leva. O processo de envelhecimento é complexo e variável. Cada organismo sofre as transformações do envelhecimento em ritmo diferente e suas razões não estão totalmente esclarecidas. Algumas teorias propõem que o ritmo está associado à vitalidade que os indivíduos trazem consigo ao nascer e a sua capacidade de mantê-la durante toda vida (Heikkinen, 1998).

Muitas definições de qualidade de vida são apresentadas na literatura. Verifica-se, no entanto que todas apresentam enunciados similares na sua conceituação. Para alguns autores, a qualidade de vida é definida como o nível de satisfação com a vida, a qual depende da inter-relação de múltiplos fatores, sendo que há fortes influências dos hábitos de vida de cada pessoa, da atividade física, da dieta, do comportamento preventivo, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, da renda, da percepção subjetiva de saúde, do relacionamento familiar, das amizades e dos aspectos espirituais religiosos (Lawton, 1991, Nahas, 2001; Neri, 2001; Silva, 1999;).

A qualidade de vida envolve seis dimensões ou domínios: dimensão física, dimensão emocional, dimensão intelectual, dimensão profissional, dimensão social, dimensão espiritual, cada um envolvendo seus subdomínios (Silva, 1999)

Os domínios e subdomínios apresentados pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) compreendem: o domínio físico, psicológico, social e ambiental, com seus respectivos subdomínios (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

O modelo de qualidade de vida na velhice de Lawton foi elaborado englobando quatro dimensões conceituais: a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo (Lawton, 1991).

Como se pode verificar, os três modelos apresentados são similares em suas bases conceituais e nos domínios que integram a dimensão humana. No entanto, para se avaliar a qualidade de vida de populações é necessário que se envolva a comparação dos critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e valores sociais e individuais, sujeitos a alterações no decorrer do tempo. As condições objetivas podem ser verificadas por observadores externos, mediante parâmetros conhecidos e replicáveis e as condições subjetivas são verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram nos grupos sobre as condições objetivas que possuem (Neri, 2001).

Estudos relativos aos fatores que promovam melhor qualidade de vida e saúde de idosos têm crescido em importância nos últimos anos. Programas de todas as naturezas têm sido implementados e desenvolvidos. Assim, não é de se estranhar o crescente interesse despertado pelos cientistas, nas últimas décadas, em pesquisar o bem-estar e a qualidade de vida de idosos.

Nesta perspectiva, melhorar a qualidade de vida durante a velhice é um dos principais desafios da sociedade atual, principalmente para o século XXI, pois os idosos vivem hoje mais tempo, mas que vivam estes tempos adicionais com qualidade, integrados na sociedade e na família (Mota & Carvalho, s/d).

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um, sendo que um estilo de vida saudável inclui a atividade física regular que é considerada um componente importante. São incluídos ainda: bons hábitos alimentares, sono adequado, controle de peso, e baixo consumo de álcool e de tabaco (Sharkey, 2001).

Esta constatação é reforçada por evidências científicas acerca de que a atividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental (Pate, Blair, Haskell, Macera, Bouchard, Buchner, Ettinger, Heath, King, Kriska, Leon, Marcus, Morris, Paffembarger, Patrick, Pollock, Rippe, Sallis & Wilmore, 1995).

Dentre as atividades que compõe a atividade física habitual, estão as atividades que são desenvolvidas ao longo do dia com deslocamentos a pé ou de bicicleta para o trabalho, supermercado, farmácia e lazer, os trabalhos de arrumação da casa, jardinagem, atividades físicas leves como andar a pé de bicicleta, esportes recreativos tradicionais como futebol, voleibol e os exercícios programados como correr, pedalar, remar, nadar (Nahas, 2001).

O baixo nível de atividade física habitual e outras características do estilo de vida influenciam no risco de doenças crônicas e mortes prematuras. Mudanças na maneira de viver, adotar um estilo de vida mais ativo, promovem melhor saúde e longevidade (Paffembarger & Lee, 1996).

Diante do exposto, em função de não haver pesquisas consistentes, que divulguem resultados relacionados a indicadores de qualidade de vida de mulheres idosas no Município de Marechal Cândido Rondon - Oeste do Paraná, optou-se em realizar o presente estudo com a intenção de buscar respostas às questões centrais desta pesquisa: Quais eram os principais indicadores de qualidade de vida de mulheres idosas do Município de Marechal Cândido Rondon? Qual a associação desses indicadores de qualidade de vida com o nível de atividade física habitual das mulheres? E, qual a força de ligação entre os subdomínios da qualidade de vida?

A opção em realizar a pesquisa somente com mulheres se justifica por serem mais facilmente encontradas nos grupos de convivência, estarem mais acessíveis para serem sujeitos de pesquisa do que os homens e por se apresentarem em maior número nos Grupos de Convivência.

A decisão de coletar dados junto aos grupos de convivência se deve aos fatores tempo e facilidade em encontrar as mulheres, pois as mesmas participam dos encontros regularmente nos salões comunitários para participar de atividades diversas.

Os resultados irão indicar ou não a necessidade de implementar projetos de promoção de vida ativa, buscando a integração das idosas através de atividades físicas e de lazer.

Objetivo Geral

Descrever indicadores da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental) bem como, associá-los ao nível de atividade física habitual em mulheres idosas participantes dos Grupos de Convivência de Idosos no Município de Marechal Cândido Rondon, PR.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos em relação às mulheres idosas do Município de Marechal Cândido Rondon, PR foram:

- Caracterizar a população sócio-demograficamente (idade, estado civil, etnia (ascendência), escolaridade, e nível socioeconômico).
- Descrever os indicadores de qualidade de vida nos domínios físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho), psicológico (sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade), social (relações pessoais, suporte social, atividade sexual) e ambiental (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações, oportunidades de recreação e lazer, condições do ambiente físico e transporte).

- Identificar o nível de atividade física habitual.
- Identificar as possíveis associações entre os indicadores de qualidade de vida (domínio físico, psicológico, social e ambiental) com o nível de atividade física habitual.
- Verificar as possíveis ligações entre os indicadores de qualidade de vida (domínio físico, psicológico, social e ambiental).

Delimitação do Estudo

A delimitação deste estudo compreendeu mulheres com idade igual e superior a 60 anos, que participam dos Grupos de Convivência de Idosos no interior do Município de Marechal Cândido Rondon, PR, (distritos de Margarida, Porto Mendes, Novo Horizonte, Novo Três Passos, Novo Iguiporã, São Roque, Bom Jardim, São Cristóvão, Bela Vista; Linhas Ajuricaba, Curvado, e Bandeirantes), bem como dos 2 (dois) grupos localizados na sede municipal, denominados “Paz e Amor” e “Amizade”.

Definição Conceitual de Termos

Hábitos de Vida: Conjunto de comportamentos repetidos no cotidiano, que depois de aprendidos, são realizados sem a necessidade de pensar na ação (Nahas, 2001).

Atividade Física: É todo o movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, com gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen, Powell & Christensen, 1985).

Qualidade de Vida: Diz respeito ao grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira (Silva, 1999).

Estilo de Vida: Conjunto de ações habituais que refletem atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2001).

Atividade Física Habitual: A atividade física habitual envolve o tempo gasto com as atividades físicas que são desenvolvidas no trabalho, para ir de um lugar ao outro, no lazer, no esporte, nos exercícios físicos e nas atividades em casa e na jardinagem (Nahas, 2001).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

O Envelhecimento Humano

“Envelhecer... esse ainda é o único meio que se encontrou para viver mais tempo”.
(Saint-Beuve apud Von Zuben, 2001).

Atualmente existem muitas expressões e muitos conceitos para denominar as pessoas que envelheceram, dentre elas estão: adulto maduro, idade madura, maturidade, adulto maior, maior idade, melhor idade (expressões positivas). As expressões: velhice, velhos e idosos podem ser interpretadas por muitos como pejorativas. Além das expressões, um novo conceito de envelhecimento é apresentado, sendo importante à referência da concepção do desenvolvimento e envelhecimento como processos complexos e correlatos, sujeitos à influência de múltiplos fatores em interação constante (Neri, 2001).

O desenvolvimento é um processo de mudanças ao longo do tempo, onde o organismo é conduzido a maior organização e hierarquização, as mudanças são progressivas e ocorrem como resultado da interação entre determinantes biológicos e ambientais. É um processo multidimensional e multidirecional, onde as diferentes estruturas e processos têm seu próprio curso. Na vida adulta e na velhice, fica preservado o potencial para o desenvolvimento e sua ativação depende dos recursos do organismo e das influências do meio (Birrem, Schaie e Schroots, 1996).

O envelhecimento, sob a visão da Biologia, compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas, ritmos e apresentam resultados diferentes para as diferentes partes e funções do organismo. Há, no entanto, um limite para a

longevidade, estabelecida por um programa genético, que permite ao organismo suportar uma determinada quantidade de mutações, quando esse limite se esgota o organismo perecerá (Neri, 2001).

Este processo biológico de envelhecimento pode ser mais bem explicado dividindo-o em duas categorias: um dos modelos propõe que o envelhecimento é o resultado do acúmulo de dano, que ultrapassa os mecanismos de reparo normal da célula; o segundo modelo propõe a existência de um mecanismo genético escrito nos genes, que determinaria o momento em que os processos de senescência se iniciariam (Cendes, 2001).

O envelhecimento e o desenvolvimento são aceitos pela psicologia como eventos correlatos, pois tanto o envelhecimento quanto o desenvolvimento são processos adaptativos, presentes ao longo de todo o curso da vida, onde há oposição entre ganhos e perdas.

Neste sentido, Néri (2001) apontou as dimensões humanas que deveriam ser levadas em consideração para promover o envelhecimento bem-sucedido, que serão detalhados na sequência.

O envelhecimento bem -sucedido é influenciado pelas oportunidades educacionais e sociais, saúde física e mental e o estilo de vida, variáveis que exercem papel importante na determinação e no ritmo do envelhecimento. As capacidades intelectuais básicas podem manter-se desde que as condições biológicas e intelectuais continuem. As especialidades cognitivas do domínio profissional, da vida diária e da sabedoria em relação às questões existenciais crescem. A personalidade conserva sua estrutura e seus mecanismos de auto-regulação na velhice são mantidos desde que a integridade do organismo e a interação social estejam presentes. Um envelhecimento saudável sob os pontos de vista biológico, psicológico e social inclui as experiências e as influências histórico-sociais ocorridas ao longo da vida.

A literatura apresenta padrões de envelhecimento, dentre os quais estão o envelhecimento primário, envelhecimento secundário e o envelhecimento terciário. Os padrões de envelhecimento se diferenciam entre si pela presença ou não de incapacidades. (Birrem, Schaie e Schroots, 1996).

Envelhecimento primário é um fenômeno universal, que atinge todos os seres humanos pós-reprodutivos, é progressivo, não é uma doença, é caracterizado pelas transformações que acontecem como: os cabelos brancos, rugas, flacidez muscular, alterações das capacidades funcionais energéticas e biomecânicas, diminuição da resistência ao frio e ao calor, redução da tolerância ao estresse físico e psicológico.

Envelhecimento secundário ou patológico diz respeito às alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento, que não podem ser confundidas com as mudanças normais do processo. Como exemplo: a esclerose múltipla, que costuma aparecer entre a terceira e a quarta década de vida, em virtude da programação genética inerente a moléstia e não como consequência do envelhecimento normal. As doenças associadas ao envelhecimento são as cardiovasculares, cerebrovasculares e certos tipos de câncer, que apresentam probabilidade de ocorrer com o aumento da idade, por causa de mecanismos genéticos, fatores ambientais, estilo de vida e personalidade. A demência senil é associada ao envelhecimento, pois sua ocorrência é observada com mais frequência em idades avançadas.

Envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas, num período relativamente curto, ao final da qual a pessoa morre. A morte pode ser causada por doenças dependentes da idade, ou motivada pela acumulação dos efeitos do envelhecimento normal e do patológico. Ainda há dúvidas sobre o quanto este fenômeno é universal, mas a acumulação de perdas é reconhecida como ponto final das doenças que ocorrem em qualquer idade. A interação entre os três tipos de envelhecimento é mais provável na velhice avançada.

O envelhecimento também é caracterizado por classificações que indicam as fases da vida. Autores como Chopra (1993), Ermida (1999), Neri (1993) e Rodrigues (2000) apresentam quatro formas diferentes de classificar a idade de uma pessoa que está envelhecendo e, dentre elas estão:

Idade Cronológica – quantos anos a pessoa tem segundo o calendário, o tempo de vida a partir do nascimento.

Idade Biológica – qual a idade de seu corpo em termos de sinais críticos de vida e processos celulares, a condição ou o estado que o corpo apresenta.

Idade Psicológica – idade que a pessoa sente que tem. Somatório de experiências pessoais e relacionamentos.

Idade Social - que se refere à noção de vida na sociedade, às expectativas de comportamento apropriado para pessoas, categorizando as pessoas em termos de seus direitos como cidadão, atribuindo-lhes tarefas a serem desenvolvidas mais ou menos de acordo com a idade cronológica e biológica.

A idade cronológica foi classificada em quatro estágios pela Organização Mundial de Saúde (OMS): Meia idade – 45 a 59 anos, Idoso – 60 a 74 anos, Ancião – 75 a 90 anos e Velhice extrema – 90 anos em diante.

No Brasil, são considerados idosos as pessoas com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos a categoria é composta por pessoas com mais de 65 anos. A população brasileira é classificada pelo IBGE como idosos-jovens, que estão na faixa etária de 60 a 74 anos. A maior concentração de idosos (50%) está entre 60 a 69 anos, entre 70 a 79 anos se encontra (36%) dos idosos e apenas 14% dos idosos estão acima de 80 anos (IBGE, 2000).

Pelo fato da presente pesquisa estar também relacionada com o nível de atividade física das idosas, faz-se necessário apresentar as principais dificuldades nas funções e nas atividades, que conforme Shephard (1997) são apresentadas da seguinte forma:

1- A Idade média: compreende a segunda metade da vida das pessoas, se entende dos 40 aos 65 anos. Nessa fase o sistema biológico decai de 10% a 30% em suas funções relativas aos valores de pico que são observados em um adulto jovem.

2- A idade velha: período imediatamente posterior, entre 65 e 75 anos, onde algumas funções diminuem ainda mais, mas sem perdas na parte principal da homeostase.

3- A idade muito velha: onde se observa perda nas funções, podendo haver redução de atividades e relativa independência, vai dos 75 aos 85 anos.

4- Anciã: após os 85 anos, onde a limitação para a atividade física é também severa, onde apenas 15% do tempo é gasto com atividades físicas que podem ser consideradas na promoção da saúde.

Com o aumento da idade, além de todas as transformações observadas, o tempo gasto com atividades físicas também é reduzido, o que pode causar dores e desconfortos físicos, redução da mobilidade e até mesmo a dependência física, influenciando negativamente na qualidade de vida, tirando muitas vezes das pessoas idosas o que lhes restou de autonomia e independência.

No próximo título serão apresentadas definições de qualidade de vida a partir de alguns autores e os domínios e subdomínios que fazem parte das discussões.

Qualidade de Vida

A expectativa de vida das pessoas aumentou neste final de século, podendo o ser humano chegar a 80 ou 90 anos, ou mais, dependendo do estilo de vida e da constituição genética. Porém, não é suficiente viver mais, o importante é viver melhor, pois não interessa à humanidade apenas acrescentar anos à vida, mas principalmente melhorar a qualidade de vida aos anos que se somam (Guimarães, 1994).

A qualidade de vida da pessoa está associada com o seu estilo de vida, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, espiritualidade, dignidade, relações familiares, bem estar físico, psicológico, social e cognitivo (Silva, 1999; Gubiane, 2000).

A preocupação com a qualidade de vida e o estilo de vida das pessoas, em todas as faixas etárias e principalmente de idosos, cresceu em importância ao final do século passado e início do novo milênio (Shephard, 1997).

Rodrigues (2000, p. 129), enfatiza que “... importa menos a quantidade de nossos bens do que a qualidade de nossa vida”. Entende-se que a qualidade de vida a qual a autora se referiu incluía um mínimo de bem-estar material, de satisfação das necessidades básicas do ser humano (moradia, alimentação, trabalho, lazer).

A qualidade de vida na velhice depende das condições físicas do ambiente, das condições oferecidas pela sociedade relativas a renda, saúde, educação formal e informal, existência de redes de relações de amizade e parentesco, do grau de urbanização e das condições de trabalho, das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico (Neri, 1993).

De acordo com Neri (1993), a promoção da boa qualidade de vida na velhice está acima dos limites de responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural. Uma velhice satisfatória não depende apenas do indivíduo biológico, psicológico ou social, resultando, no entanto da interação entre pessoas que vivem numa sociedade onde ocorrem constantes mudanças.

Ainda segundo Neri (1993), o envelhecimento é um processo natural de todas as populações e trazem consigo o almejar de melhoria na qualidade de vida. A manutenção da autonomia e independência, nesta fase, é uma tarefa complexa que resulta em parte da conquista social.

Nos países em desenvolvimento, especificamente no Brasil, são apresentados problemas em dois extremos etários, na infância e na velhice. Ambos os grupos estão fora de produção econômica, tornando-se um desafio assegurar serviços de qualidade e garantir o esforço político no sentido de colocar na pauta de suas prioridades as necessidades das pessoas idosas, pois no contexto social atual as prioridades das políticas públicas (assistenciais, previdenciárias e da ciência e tecnologia) evidenciam que ainda há uma percepção inadequada das necessidades inerentes ao envelhecimento (Veras, 1995).

Neste sentido, assegurar políticas públicas que promovam o bem-estar de cada geração deve merecer atenção na elaboração de diretrizes e serviços estabelecidos, com a

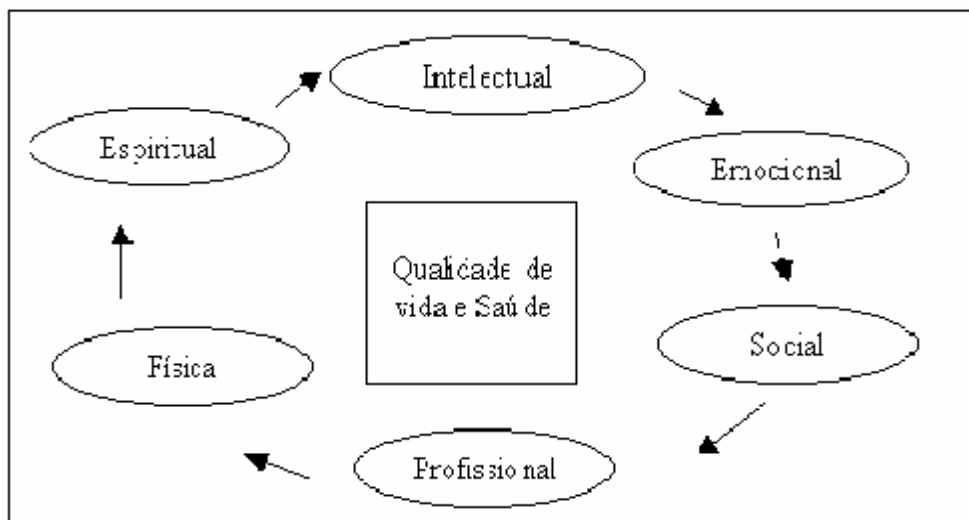
atenção direcionada sobre os interesses vigentes dos grupos etários (França e Soares, 1997).

Dentre os componentes que podem promover bem-estar e qualidade de vida entre idosos, aponta-se o acesso às informações e aos serviços de saúde, promoção de atividades que busquem a reintegração social, visitas para diagnosticar as condições humanas e necessidades de quem se encontra dependente (muitas vezes asilado), privado de qualquer atividade que possa dignificá-lo como pessoa.

Para obtenção e preservação da qualidade de vida, vincula-se ao estilo de vida da pessoa, a prática da atividade física a não aderência à hábitos de vida nocivos, como o fumo e a forma como lidar com o seu trabalho, com a sua família e com as tensões da vida moderna. A qualidade de vida é dividida em seis dimensões ou domínios por Silva (1999):

1. Dimensão física: engloba o quadro clínico de presença/ausência de doenças, cuidados com a alimentação, estilo de vida saudável, uso correto do sistema de saúde.
2. Dimensão emocional: envolve a capacidade de controlar as tensões, o estresse, entusiasmo com a vida e auto-estima.
3. Dimensão profissional: satisfação com o trabalho ou a função que ocupa, reconhecimento do valor daquilo que realiza.
4. Dimensão social: qualidade dos relacionamentos, equilíbrio familiar e com o ambiente.
5. Dimensão intelectual: significa utilizar a capacidade criativa, expandir os conhecimentos e partilhar o potencial interno com os outros.
6. Dimensão espiritual: traduzido nos propósitos da vida, crenças, pensamentos positivos e otimistas.

Todas as dimensões estão interligadas e se influenciam reciprocamente, formando o conjunto “qualidade de vida”, conforme a figura 1.



Fonte: Silva, 1999.

Figura 1 – Dimensões da Saúde e Qualidade de Vida.

Outra definição de qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Os domínios e subdomínios apresentados pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 2000) compreendem:

1. Domínio Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.
2. Domínio Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos.
3. Domínio Social: relações pessoais, suporte social, atividade sexual.
4. Domínio Ambiental: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Como se pode verificar, as definições apresentadas são similares e direcionam para uma pequena variação nas dimensões ou domínios.

A qualidade de vida na sua conceituação multidimensional engloba três elementos centrais: primeiro é que a qualidade de vida na velhice depende da interação de muitos elementos. Segundo, que a qualidade de vida na velhice é produto de uma história de

interação, sendo delineada á medida que os indivíduos e as sociedades se desenvolvem. O terceiro elemento é que a avaliação da qualidade de vida envolve comparação de critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e valores sociais e individuais, sujeitos a alterações no decorrer do tempo (Neri, 2001).

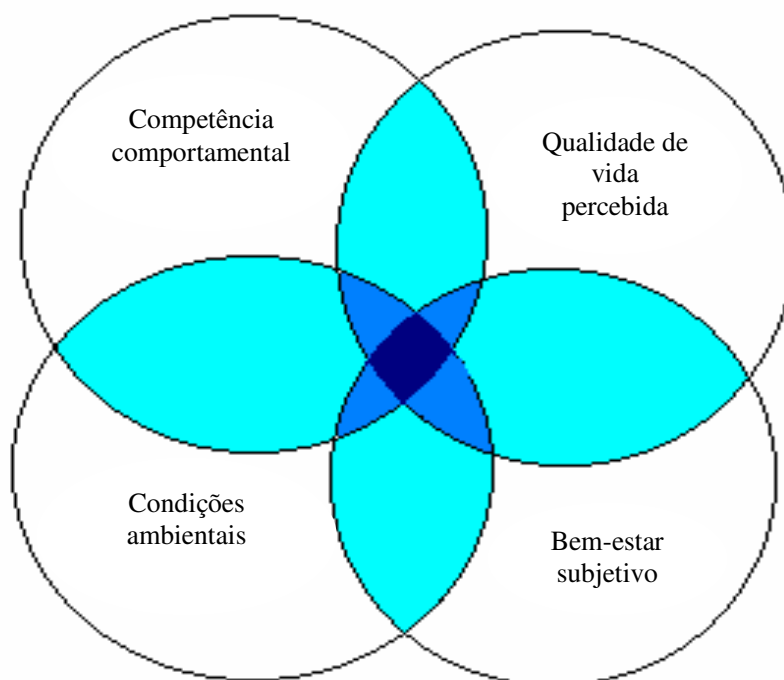
A autora faz duas divisões na qualidade de vida: as condições objetivas e condições subjetivas. As condições objetivas podem ser verificadas por observadores externos, mediante parâmetros conhecidos e replicáveis, como por exemplo, as competências comportamentais dos indivíduos, as condições físicas do ambiente, a disponibilidade de serviços de saúde, lazer e educação, o nível de renda, as características da rede de relações informais e o apoio proporcionado por seus membros, índices de urbanização e de alfabetização da sociedade, os padrões sociais de morbidade e mortalidade para as várias faixas de idade e as condições de trabalho.

As condições subjetivas são verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram no grupo sobre as condições objetivas de que dispõe, sobre o grau em que lhes parecem satisfatória e sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo (Neri, 2001).

Sobre a qualidade de vida na velhice, um modelo englobando quadro dimensões conceituais foi apresentado por Lawton (1991). O modelo apresenta como componentes da qualidade de vida a competência comportamental, as condições ambientais, a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo, representados na figura 02.

Os componentes ou subdomínios de cada uma das dimensões se apresentada desta maneira por Lawton (1991):

- Competência comportamental: diz respeito à saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social e utilização do tempo.
- Condições ambientais: dizem respeito à adaptação e compatibilidade do idoso ao ambiente, por exemplo, a segurança do local, iluminação, disposição dos objetos, de forma que ele se sinta bem no local onde vive.
- Qualidade de vida percebida: diz respeito à percepção de saúde, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição e auto-eficácia nos domínio físico e cognitivo.
- Bem-estar subjetivo: diz respeito ao domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores (Lawton, 1991).



Fonte: Lawton 1991.

Figura 2 – Modelo de Qualidade de Vida na velhice.

Como se pode verificar, as proposições dos três modelos de qualidade de vida apresentados são semelhantes. A primeira apresentada por Silva (1999) e a segunda apresentada pelo Grupo WHOQOL (2000) da Organização Mundial de Saúde apontam os domínios e subdomínios de forma mais abrangente, aplicável a população de modo geral. O terceiro modelo, apresentado por Lawton (1991), embora com estrutura semelhante, contém características que mais interessam à qualidade de vida na velhice.

Neste sentido, o modelo de Lawton (1991) contempla os domínios da qualidade de vida apresentados pelo Grupo WHOQOL (2000). Estes serão apresentados de forma mais detalhada a seguir, justificando-se desta maneira o motivo pelo qual se adotou o instrumento WHOQOL-breve para a realização da coleta de dados nesta pesquisa.

Domínio Físico

O domínio físico diz respeito à funcionalidade física e da saúde. Seus subdomínios são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida

cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho (WHOQOL, 2000).

Um fator importante para a discussão dentro do domínio físico é a capacidade funcional, que é definida como sendo a condição de um indivíduo realizar as atividades associadas ao seu bem estar. Pode, também, ser definida como o grau de facilidade com que um indivíduo pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente e ao gasto de energia. São incluídos na capacidade funcional as atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas (Heikkinen, 1998; Ueno, 1999).

A saúde funcional do idoso tem sido associada com a qualidade de vida, o convívio social, a condição intelectual, o estado emocional e as atitudes perante o indivíduo e o mundo. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois o aumento da incapacidade funcional, aumenta o número de doenças crônicas e a capacidade de manter a autonomia durante a velhice que tem fortes ligações com a qualidade de vida. Este declínio pode tornar o idoso dependente de outras pessoas ou de algum tipo de assistência (Nahas, 2001; Nóbrega, 1999; Ueno, 1999; Veras, 1994).

A capacidade funcional irá determinar até que ponto as pessoas podem viver de forma independente na família e comunidade, influenciando na capacidade da pessoa participar em eventos, fazer visitas a outras pessoas, utilizar os serviços e instalações disponibilizadas por organizações sociais e enriquecer suas vidas e daqueles que vivem próximos (Heikkinen, 1998; Ueno, 1999).

A manutenção da capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas ou com atividades que sejam agradáveis (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

Consideram-se componentes da capacidade funcional as atividades da vida diária (AVD) que incluem as atividades de comer e beber, lavar o rosto e as mãos, ir ao banheiro, levantar da cadeira, deitar e levantar-se da cama, movimentar-se dentro de casa, vestir-se, mover-se fora de casa em terreno plano, subir e descer escadas, arrumar a cama e fazer compras. As atividades instrumentais na vida diária (AIVD) incluem atividades como tomar banho, cuidar dos pés e das unhas, atividades leves de limpeza da casa, preparar as refeições, lavar e passar roupas, atividades pesadas de limpeza da casa e de jardinagem (Andreotti & Okuma, 1999; Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

A atividade física é recomendada como uma forma de intervenção importante para a manutenção da saúde e função fisiológica ao longo da vida, tornando-se necessária a disseminação das informações sobre os benefícios da atividade física regular para todos os grupos de indivíduos idosos.

Outro subdomínio importante a ser discutido no domínio físico é a dor e o desconforto, que muitas vezes acompanham o processo de envelhecimento. Embora a dor não seja normal neste processo, os idosos são mais susceptíveis à dor, tendo em vista que a incidência de doenças crônicas pode aumentar com a idade. A dor ocasiona severa fadiga física e emocional e, apesar desse desconforto, ela tem sido subestimada e não tratada adequadamente (Pimenta & Campedelli, 1993).

A dor crônica interfere na vida das pessoas e, nos idosos, tira-lhes o prazer ou os impossibilita de realizar atividades domésticas e sociais; dificulta ou os impede de caminhar; provoca distúrbios do sono, podendo provocar ansiedade e depressão. A dor traz o isolamento social, o que pode agravar o quadro doloroso, pois o idoso passa a se concentrar unicamente na dor, sendo necessário o alívio para que a pessoa possa melhorar sua alimentação, seu sono, se integrar ao ambiente, executar tarefas, distrair-se, sentir-se útil, melhorando seu bem-estar (Pimenta & Campedelli, 1993).

O idoso acometido de dor aumenta o consumo de produtos farmacêuticos. Nas décadas de 70 e 80, verificou-se que tanto o uso de medicamentos prescritos e não prescritos aumentava com a idade, tanto no interior quanto nas grandes cidades, sendo que indivíduos acima de 60 anos consumiam em média 3,24 medicamentos (Rosenfeld, 1997).

Um estudo epidemiológico da saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI, baseado no censo de 1991 e 1996, revelou que há diferenças regionais na incidência de doenças. Enquanto no Nordeste ainda há a predominância de doenças infecciosas e parasitárias, no Sul e no Sudeste predominam as doenças do aparelho circulatório. Percebem-se mudanças no perfil de saúde da população, ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente através da cura ou culminam em óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas em algumas regiões do Brasil e suas complicações implicam em décadas de utilização de serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocados pelo *diabetes* e dependência determinada pela doença de Alzheimer (Chaimowics, 1997).

O sedentarismo, a incapacidade funcional e a dependência estão entre as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento. E, destacam-se dentre as principais

causas de incapacidades as doenças crônicas, incluindo as seqüelas dos acidentes vasculares encefálicos, as fraturas, as doenças reumáticas e as doenças vasculares cerebrais (Nóbrega, 1999).

Domínio Psicológico

O domínio psicológico diz respeito às emoções (positivas e negativas), a auto-estima, a percepção da imagem e da aparência corporal, a capacidade de pensar e aprender, a espiritualidade e as crenças pessoais.

O bem-estar psicológico, na velhice, é foco de muitos estudos e os aspectos positivos têm sido destacados. Um modelo teórico com seis dimensões do funcionamento positivo foi apresentado por Freire (2000) e compreende:

- 1 – Auto-aceitação: atitude positiva em relação a si e a vida passada e presente.
- 2 – Relações positivas com os outros: relações empáticas e calorosas, preocupação com o bem-estar alheio.
- 3 – Autonomia: ser autodeterminado e resistir as pressões sociais, avaliar-se com base em seus próprios padrões.
- 4 – Domínio sobre o ambiente: aproveitar as oportunidades que surgem a sua volta, ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente, ter habilidade para escolher e criar contextos apropriados às suas necessidades.
- 5 – Propósito na vida: ter metas, direção e sentido na vida, acreditar que a vida tem significado.
- 6 – Crescimento pessoal: ter senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa, estar aberto as novas experiências, ter senso de potencial, autoconhecimento.

Outro componente do domínio psicológico é a auto-estima. Quando positiva, significa gostar de si, apreciar-se de forma realista, gostar daquilo que realmente se é, aceitando as habilidades e limitações que se tem. A auto-estima vai sendo construída durante a vida como uma avaliação e programação positiva (Erbolato, 2000).

A autora referenciada anteriormente enfatiza que dentre os componentes da auto-estima estão: aceitação da aparência física ou corporal (exageradamente valorizada principalmente pelos meios de comunicação). Sabe-se, no entanto, que durante o envelhecimento, todas as pessoas sofrem mudanças físicas que resultam de alterações de órgãos e sistemas do corpo que ocorrem em ritmos diferentes nas pessoas. A mais visível e

talvez mais perturbadora seja a mudança na aparência física: rugas, flacidez, cabelos brancos ou mais ralos. (Erbolato, 2000).

A autora enfatiza também que a busca de relacionamentos significativos, deixa em segundo plano o fator da beleza física, pois as qualidades, os valores, a capacidade de ouvir e de compreender os outros são mais atraentes do que a perfeição da aparência, difícil de ser conquistada e mantida pela grande maioria das pessoas. Desta maneira, pode-se reforçar o raciocínio com a premissa de que o grande desafio da velhice é aceitar-se, despojando-se dos estereótipos sociais impostos, não temendo o aparecimento dos primeiros fios de cabelo brancos, pois a velhice é inerente à existência (Novaes, 1997).

Se o autojulgamento que as pessoas fazem de si for positivo, considerando-se competentes, inteligentes, capazes de atingir os objetivos de vida, de viver de acordo com os princípios nos quais acreditam, dignos de ser amados, os relacionamentos com as outras pessoas será bom, e a capacidade de lidar com os acontecimentos da vida será mais efetiva. O sentimento de auto-eficácia é um fator psicológico importante nos idosos, através dele a pessoa acredita e confia na sua capacidade de gerenciar e determinar o rumo de sua vida e de suas ações (Erbolato, 2000).

Outro aspecto importante para a qualidade de vida é o efeito dos sentimentos positivos sobre a saúde das pessoas. Os pesquisadores atribuem grande importância ao bom humor, a alegria, ao estar feliz com a vida, ao pensamento positivo e ao amor (McAuley & Rudolph, 1995). As capacidades de amar e pensar, citadas pelo neurologista Rodolfo Manricola estão estritamente associadas. As pessoas que alcançam bom nível de felicidade e satisfação pessoal tendem a uma visão positiva e otimista da vida, do mundo e das pessoas, beneficiando a dimensão espiritual (Silva, 1999).

Com o passar dos anos, a vida da pessoa passa a ser mais contemplativa, a espiritualidade e religiosidade se expandem, aumenta a solidariedade, existe maior seletividade nos relacionamentos afetivos e sociais. Alguns idosos optam por morar sozinhos, esta opção pode representar uma atitude saudável, realizadora, compensadora e confortante, aumentando o senso de autonomia, de auto-suficiência e autoconhecimento promovendo o crescimento pessoal (Capitanini, 2000).

Diante das transformações que ocorrem, os idosos devem primar por uma vida mais saudável, recebendo preparação e orientação sobre as transformações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, bem como ser motivado a participar de atividade que promovam o relacionamento com outras pessoas de forma alegre, e neste sentido a

participação na prática de atividades físicas e recreativas pode ser uma ótima opção para um estilo de vida saudável contribuindo para o bem-estar psicológico.

Quando a pessoa apresenta bem-estar no domínio físico, este ganho se reflete no domínio psicológico, pessoas idosas que estão engajadas em atividades físicas demonstram substanciais ganhos psicológicos (Mazo, et al., 2001; McAuley & Rudolph, 1995).

Dimensão Social

A dimensão social da qualidade de vida envolve as relações pessoais com parentes e amigos e o suporte social que compreende o apoio que recebem a partir destas relações pessoais.

Quanto às atividades e relações sociais, um fato que marca e muda consideravelmente a vida das pessoas idosas é a aposentadoria, que leva a pessoa a se afastar de seu trabalho, podendo gerar um processo de despersonalização e marginalização social. Para neutralizar os sentimentos negativos da aposentadoria, é necessário conhecimento, preparação e orientação a respeito, visando à preparação psicológica do pré-aposentado para o enfrentamento dessas mudanças, através de um planejamento para a vida nova, em busca da satisfação pessoal (Mazo et al., 2001).

Os papéis sociais também sofrem transformações. Por exemplo: o idoso, antes um chefe de família, agora descomprometido com o tempo e sem horários fixos. Essa transição é muitas vezes um período doloroso e difícil, porque, se socialmente há desengajamento do trabalho de um dia para o outro, psicologicamente, esse desengajamento não se faz no mesmo ritmo (Rodrigues, 2000).

A relação familiar é outro aspecto importante na dimensão social. A família é considerada como ambiente de cuidados, de proteção, de afetividade, de socialização e de formação da personalidade. Quando se refere aos idosos, a função de proteção é uma das mais necessárias, pois a família é um importante suporte para o idoso, independentemente das tradições culturais e econômicas de cada sociedade (Neri, 1993).

As atividades e relações sociais são fatores que mudam de forma considerável a vida dos idosos, evitando seu afastamento social. As possibilidades de relações e atividades sociais autoconstrutivas do idoso são cada vez mais eminentes e prioritárias. As ações governamentais sociais e educacionais surgem como formas de reintegração e auto-afirmação, bem como de permanência no contexto onde vivem. O engajamento em atividades atrativas como grupos de convivência, de estudos, de auto-ajuda, de atividades

físicas, de atividades filantrópicas, de realização de cursos e outras atividades, beneficiam e melhoram sua socialização (Marques, 1999; Mazo et al., 2001).

Os relacionamentos das pessoas podem apresentar alguns problemas. Os idosos com frequência sentem-se insatisfeitos com alguns relacionamentos, tanto com novos parceiros (no caso de viúves) ou com os próprios parentes, o que os deixam frustrados. Neste caso, muitas vezes, gostariam de morar sozinhos, mas não o fazem por falta de condições financeiras. Ressalta-se, ainda, que a solidão não ocorre apenas na velhice, mas ela é mais bem suportada quando se pode contar com o apoio dos amigos e dos familiares, que estão presentes quando há necessidades de ajuda instrumental para atividades realizadas dentro e fora de casa, para cuidados pessoais e apoio afetivo (Capitanini, 2000). O relacionamento pessoal aumenta o grau de satisfação, além de reforçar a auto-estima (Devide, 2000; Silva, 1999).

Outro aspecto importante na vida do idoso é a sexualidade, existe uma imagem estereotipada de envelhecimento sem sexo, despertando, na maioria das vezes, preconceitos e pensamentos maldosos quando se fala de sexo na velhice. As pessoas desta faixa etária não podem ficar numa posição marginalizada, recebendo da sociedade um papel de assexuado e da família a tarefa de cuidar dos netos e fazer tricô (Mazo et al., 2001; Risman, 1995).

Sobre a sexualidade de idosos, muitas pessoas acreditam que tanto a mulher quanto o homem idoso, que já entraram no período de queda hormonal, não possuem mais desejo e atividade sexual, o que não pode ser definido como regra (Risman, 1995).

É sabido que, durante o processo de envelhecimento, existem modificações fisiológicas importantes, na maioria das vezes, podendo ser observada lentidão de pulso, do ritmo respiratório, da digestão e assimilação, mas acima de tudo, o próprio indivíduo sente a decadência de sua capacidade de satisfação sexual, mas a atividade sexual não desaparece (Dias, 1999).

No entanto, a atividade sexual regular após os 60 anos é sinal de boa saúde e permite o despertar do indivíduo. Conforme Dias (1999), a atividade sexual alivia artrites, aumentando a produção de cortisona das glândulas supra-renais e contribui para o equilíbrio psíquico.

Para muitos idosos, a sexualidade não parece ser um problema crucial nas suas vidas. Talvez os elementos mais importantes na atração e erotização entre homens e mulheres idosos passem a ser a capacidade de fazer elogios e de estar sempre presente, transmitindo apoio e segurança (Furtado, 1997).

Um aspecto importante na questão da sexualidade é a informação preventiva, como orientação para ambos os sexos sobre as modificações fisiológicas próprias do envelhecimento. Na idade mais jovem, a informação preventiva, proporciona ao ser humano uma visão mais ampla sobre a sexualidade, bem como sobre os cuidados para se evitar a contração das doenças sexualmente transmissíveis (DST), dentre elas a AIDS (Risman, 1995).

Domínio Ambiental

O domínio ambiental envolve os cuidados pessoais e a relação do idoso com o ambiente em que vive. O domínio ambiental engloba os subdomínios de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

A qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos, e esses fatores exercem relação direta com o bem-estar percebido. O ambiente físico deve ser compatível com as capacidades físicas e com as competências comportamentais (Neri, 2001).

Quando o idoso é independente e autônomo, ele próprio pode zelar pelos arranjos ambientais para que este se torne seguro e de manejo prático, pode ainda prestar atenção no tipo de calçados que irá usar para promover maior segurança, prestar atenção na iluminação e disposição dos objetos. Mas por outro lado, quando o idoso já não dispõe de possibilidades de manejar o ambiente, é necessário que os parentes ou amigos façam-no, visando a facilitar e promover sua interação física, social e psicológica, o que pode aumentar a qualidade de vida percebida (Neri, 2001).

A constante interação com o meio ambiente facilita a adaptação às mudanças que ocorrem em si e no mundo que os cerca, o envelhecimento bem-sucedido depende, da competência adaptativa do indivíduo, que é multidimensional, e conforme Freire (2000) apresenta três dimensões:

- a) Emocional: as habilidades e estratégias do indivíduo em lidar com os fatores estressores;
- b) Cognitivos: a capacidade de cada indivíduo em resolver seus problemas;
- c) Comportamental: envolve o desempenho e a competência social.

A competência adaptativa está relacionada à boa qualidade de vida, e depende de acontecimentos vivenciados desde a gestação, da herança genética e dos fatores sócio-culturais. Estes componentes explicam a forma diferenciada de envelhecimento, levando a conclusão de que o envelhecimento humano é um processo individual e diferenciado em relação às variáveis mentais, comportamentais e sociais (Freire, 2000).

A velhice satisfatória não é apenas uma qualidade da pessoa, mas o resultado da interação do indivíduo em transformação, que vive numa sociedade também em transformação. O envelhecimento bem-sucedido tem sido o foco de discussão entre os estudos atuais sobre o tema, demonstrando que este não implica necessariamente em doenças e afastamento, mas, em uma fase da vida onde é possível explorar o potencial de mudanças e de adaptação. Atualmente, a consciência de que os idosos podem sentir-se felizes e realizados e que a participação e integração no meio social trará menor ônus para a família e para os serviços de saúde, tem recebido atenção por parte dos pesquisadores que estudam o tema (Freire, 2000).

A capacidade cognitiva é outro subdomínio importante na qualidade de vida. É um erro pensar que a pessoa idosa não seja capaz de aprender coisas novas e por isso vai se distanciando cada vez mais dos outros segmentos. Talvez este pensamento de incapacidade esteja associado à ansiedade e pressa dos tempos atuais ou de que os idosos não terão mais tempo para usufruir suas realizações pela proximidade da morte. O ser humano tem a possibilidade de tornar sua vida num processo permanente de aprendizagem e de formação, tornando-se capaz de compreender cada vez mais suas possibilidades de participação como produtor, consumidor e como criador nos dinamismos sócio-econômicos que transformam seu meio (Dias, 1999).

Neste sentido, o objetivo de obter novas informações é proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso, despertando-o, desenvolvendo-o, estimulando-o, trabalhando sobre suas capacidades e suas aptidões adormecidas ou não. Torna-se necessário o resgate do sentido da velhice, para tornar o idoso um cidadão competente para entender a velhice, para se sentir um cidadão prestativo, de resgate de sua cidadania podendo assim dizer: “eu existo, eu estou aqui, eu sou uma pessoa, eu tenho direitos, tenho deveres, como as outras pessoas” (Rodrigues, 1999, p. 47).

A motivação para continuar a se aperfeiçoar é condicionada de um lado pelas experiências pessoais e, de outro lado, pelas condições (econômicas, sociais e políticas). O aumento rápido da esperança de vida média implica na probabilidade do adulto viver um período de tempo bastante longo, e necessita ter em mente a necessidade de ampliação de

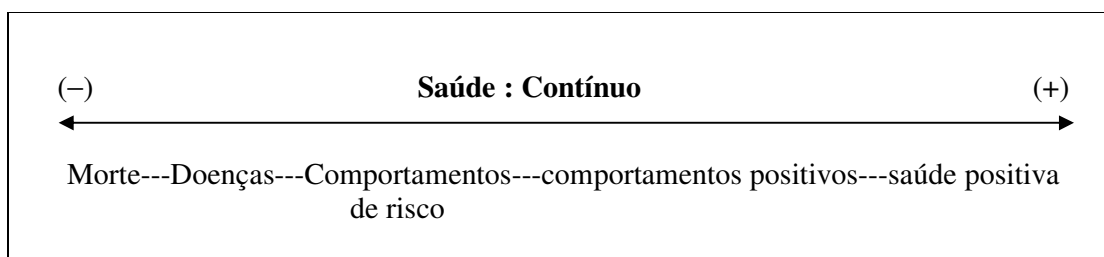
seus conhecimentos como forma de manter sua auto-afirmação na sociedade (Trevisan & Andrade, 1999).

Há evidências que todos os fatores discutidos anteriormente influenciam a qualidade de vida das pessoas. Outro fator determinante para a qualidade de vida é a saúde individual, de grupos e comunidades. Também as condições ambientais são importantes para a qualidade de vida, dentre elas, as condições sanitárias básicas (água tratada, esgoto), condições de moradia, alimentação, emprego (Nahas, 2001).

Apesar dos recursos disponíveis na medicina, das condições de vida ter melhorado, da expectativa de vida ter aumentado e das pessoas viverem com mais saúde, coletivamente, a saúde poderia ser melhor. Existem alguns fatores do estilo de vida que são negativos e que podem ser modificados, pois tem ação prejudicial na saúde. São eles: fumo, álcool, drogas, estresse, isolamento social e esforços intensos e repetitivos (Nahas, 2001).

O cuidado com a saúde é outro subdomínio a ser considerado. A saúde é um dos atributos mais preciosos, mas as pessoas passam a preocupar-se em melhorar sua saúde quando se sentem ameaçados ou os sintomas de doença, são evidentes. Numa perspectiva holística, a saúde é considerada uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, envolvendo conceitos mais amplos do que somente a ausência de doenças. A saúde pode ser caracterizada num contínuo, com pólos positivo e negativo, representado na figura 02 adaptada de Nahas (2001).

O organismo humano foi construído para ser ativo, mas a era contemporânea conspira contra a natureza, quando são construídos cada vez mais e melhores equipamentos eletrônicos que buscam o conforto das pessoas, tornando o homem mais passivo em seu lazer ou tempo livre, sem contar com a violência urbana, que amedronta a pessoas, impedindo-as de sair às ruas (Nahas, 2001).



Fonte: Nahas, 2001.

Figura 3 - Contínuo dos comportamentos da saúde positiva e negativa.

Com relação à prática de atividades físicas, chama-se atenção para a falta de planejamento dos grandes centros urbanos, o espaço físico para sua prática segura é praticamente inexistente, as calçadas não permitem a realização de caminhadas, não existem ciclovias, as praças e as iniciativas públicas são poucas e, muitas vezes, distantes de onde residem. E o idoso, como se adapta a estes problemas ambientais?

As oportunidades de participar em programas de atividades físicas devem ser valorizadas, quando estas estiverem planejadas com o objetivo de oferecer desenvolvimento educativo ao ser humano, porém tendo claro que a construção do conhecimento se dá durante toda a vida, sendo que esta busca é um eterno processo de desenvolvimento, pois se sabe que o homem é um ser aperfeiçoável e flexível (Filipetto, 1999).

Atividade Física Habitual

A atividade física regular é considerada um componente importante para um estilo de vida saudável. Recentemente, esta constatação foi reforçada através de novas evidências científicas a cerca de que a atividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental. No entanto, milhões de adultos ainda se encontram sedentários (Pate et al., 1995).

Além de a atividade física ser um fator importante na qualidade de vida das pessoas, há evidências de que a população que mais se beneficia são os idosos (Nieman, 1999).

A atividade física habitual envolve o tempo gasto com as atividades físicas que são desenvolvidas no trabalho, para ir de um lugar ao outro, no lazer, no esporte, nos exercícios físicos e nas atividades em casa e na jardinagem (Nahas, 2001).

Pesquisas que comparam grupos de adultos e idosos de diferentes idades, bem como pesquisas longitudinais que acompanharam o desenvolvimento e o envelhecimento de um grupo de indivíduos, indicam que exercícios físicos realizados regularmente favorecem a capacidade física, a resistência e a flexibilidade, aumenta a velocidade psicomotora e o desempenho neuropsicológico, há evidências também que a participação em atividades físicas e sociais podem prevenir, evitar e diminuir o estresse e aumentar a resistência a doenças (Vitta, 2000).

A atividade física é um dos modos mais simples de evitar a entropia causada pelo envelhecimento. Sem trabalho físico, a energia do organismo se dissipa, promovendo o envelhecimento precoce. Não há grupo que corra risco mais elevado de depressão, doenças e morte prematura que as pessoas completamente sedentárias. A depressão e a inatividade andam juntas, por outro lado a prática regular de exercícios físicos melhora o humor, a ansiedade e a depressão (Chopra, 1994; Nieman, 1998).

Estudos epidemiológicos demonstram que baixos níveis de atividade física e de condicionamento físico estão associados com o aumento de doenças e mortes por todas as causas. Nos EUA são estimadas 250.000 mortes por ano, e aproximadamente 12% são atribuídas à falta de uma atividade física regular (Sharkey, 2001).

O sedentarismo ocorre em todas as faixas etárias, mas na velhice ele pode ser mais acentuado, devido à crença popular de que com o processo de envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e a quantidade de atividades físicas. Esta redução também pode ocorrer pelo receio de prejudicar a saúde e pelo medo de morte durante a atividade (Mazzo et al., 2001).

Existe uma forte relação entre a atividade física e a saúde. Estudos epidemiológicos têm demonstrado os efeitos de proteção entre a atividade física e o risco de diversas doenças crônicas, incluindo a doença coronariana, hipertensão, diabetes *melittus*, osteoporose, câncer de colon, ansiedade e depressão (Pate et al., 1995; Sharkey, 2001).

A relação da atividade física com a saúde e a qualidade de vida começou a receber atenção especial pela comunidade científica na década de 30, quando foi constatado que as doenças cardiovasculares representavam a principal causa de morte nos países desenvolvidos.

A atividade física passou a ser recomendada e a ter impacto significativo sobre as doenças cardiovasculares e a mortalidade, passando a ser uma dimensão constitutiva do estilo de vida, influenciando no risco de doenças crônicas e mortes prematuras. As mudanças do estilo de vida promovem melhor saúde e longevidade (Paffembarger et al., 1996).

A importância da atividade física para a saúde das pessoas é de reconhecimento de grande magnitude, e uma das 22 áreas anunciadas como prioritárias do projeto governamental americano intitulada: “Povo saudável para o ano 2000”, tem a atividade física e o condicionamento físico encabeçando a lista do referido projeto (Silva, 1999).

A adoção de um estilo de vida ativo, onde esteja presente a prática da atividade física, de forma contínua durante 30 minutos, ou de forma acumulada em pequenas doses diárias é recomendada para as pessoas acima de 6 (seis) anos (Pate et al., 1995).

A recomendação e orientação sobre o nível de prática da atividade física para adultos e idosos são apresentadas como uma das formas de prevenção secundária das doenças crônicas, bem como, de prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares e outras doenças (Yusuf, Croft, Giles, Anda, Casper, Caspersen & Jones, 1996).

Os cuidados com a saúde e a prática de atividades físicas atuam como mecanismos preventivos. Pesquisas sugerem que aproximadamente 50% do declínio, freqüentemente atribuído ao envelhecimento fisiológico, na realidade é provocado pela atrofia do desuso, como consequência da inatividade, onde é destacada a diminuição da resistência física, fraqueza generalizada e as quedas. A prática de atividades físicas leva a maior independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar, a crença de auto-eficácia e a capacidade do indivíduo atuar sobre o meio ambiente ou sobre si mesmo (Vitta, 2000).

A atividade física tanto melhora a capacidade muscular como pode melhorar a resistência, o equilíbrio, a mobilidade articular, a agilidade, a velocidade da caminhada e a coordenação em geral. Assim, a atividade física tem efeitos positivos no metabolismo, na regulação da pressão arterial e no controle da massa corporal (Heikkinen, 1998).

Recomenda-se que os idosos mantenham uma vida ativa, auxiliando na manutenção da capacidade funcional e da saúde de uma forma geral. Entretanto, sabe-se das limitações e barreiras para a participação em um programa ou da prática individual de atividades físicas. No entanto existem determinantes para a não participação em atividades físicas. Dentre os determinantes para a não participação de em programas de atividades físicas em pesquisa realizada com a população dos EUA, destaca-se, a falta de tempo, falta de determinação, tabagismo e o excessivo tempo gasto assistindo televisão. Os determinantes positivos apontados para a prática de atividades físicas foram a companhia de amigos, parentes e vizinhos, a existência de vias públicas de ciclovias e pistas para a caminhada (Pate et al., 1995).

Estudo similar realizado por Shephard (1994) apresentou uma extensiva discussão sobre quais os obstáculos percebidos pela população de diferentes faixas etárias, para a não realização de exercícios físicos no Canadá e nos EUA. As barreiras mais comuns apresentadas foram as pressões do trabalho, cansaço e falta de tempo. Os participantes da

pesquisa relataram ainda que se houvesse mais tempo, aumentariam sua participação em atividades físicas. Para as pessoas com idade superior a 65 anos, o trabalho foi citado apenas por 15% dos homens e mulheres como fator limitante para a prática de atividades físicas.

Em estudo realizado no Estado de São Paulo, sobre os fatores determinantes e as barreiras para a participação na prática de atividades físicas entre as pessoas idosas, foram encontrados a falta de companhia e de interesse, também foram apontadas como vilãs o não estabelecimento de políticas de saúde pública (Andrade, Matsudo, Anda, Araújo, Andrade, Oliveira & Figueira, 1999).

A constatação de inúmeras pesquisas sobre a característica sedentária de grande parte da população norte americana e as revisões epidemiológicas e fisiológicas realizadas por Pate et al. (1995) e outros autores, permitiram ao *American College of Sports Medicine* (2000) apresentar a recomendação que todos os americanos deveriam acumular, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada, contínua ou não, preferencialmente todos os dias da semana.

A recomendação aponta os benefícios da atividade física regular, explicando que esta pode ser acumulada durante o dia em pequenos momentos. O gasto calórico sugerido situa-se em torno de 200 calorias por dia, para poder se beneficiar das atividades. Os exemplos de atividades físicas que podem ser incluídas durante o dia para o cômputo dos 30 minutos foram: subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar distâncias curtas ao invés de usar o carro, pedalar uma bicicleta estacionária enquanto assiste televisão, serviços domésticos, jardinagem, dançar e brincar com crianças (Pate et al., 1995).

A atividade física é recomendada como meio de proporcionar maior vigor físico, integração social e liberação das energias, aparecendo como aliada na melhora da saúde e do bem-estar, da integração social e fortalecimento da auto-estima, do autoconceito, da motivação, melhorando sua qualidade de vida (Furtado, 1997; Shephard, 1997).

A posição do ACSM (1998), sobre o exercício físico e atividade física para idosos, relata que pessoas que estão engajadas em um programa de exercícios físicos vivem mais. Os exercícios e a atividade física podem promover melhor saúde, melhor capacidade funcional, qualidade de vida e a independência da população. Recomenda ainda que, além das atividades físicas regulares (exercícios aeróbicos e de força), que o alongamento (flexibilidade) seja incluído no programa, pois pode trazer inúmeros benefícios para a saúde das pessoas mais velhas (Mazzeo, Cavagnagh, Evans, Fiatorone, Hagberg, McAuley & Startzell, 1998).

A atividade física moderada, praticada regularmente, é de valor significativo para a prevenção primária e secundária de inúmeras doenças cardiovasculares, incluindo: a doença cardíaca isquêmica, arritmia, acidente vascular cerebral, hipertensão e o *diabetes*.

Os exercícios físicos regulares são recomendados para que as doenças que são conseqüências do sedentarismo possam ser evitadas, mantendo assim um bom estado de saúde física e mental (Chopra, 1994; Nahas, 2001; Niemam, 1998; Shephard, 1997).

São recomendados ainda a educação para a saúde, envolvendo exercícios físicos, dieta, autocuidado e ensino de saúde, estas medidas tem associação com a diminuição da pressão arterial e ao aumento da satisfação pelo contato social (Vitta, 2000).

Pesquisas sobre a Qualidade de Vida em Mulheres

Como bases referenciais de estudos realizados enfocando o tema qualidade de vida de mulheres idosas destaca-se o estudo de Koltyn (2001), realizada com uma amostra de 135 mulheres com mais de 60 anos, nos Estados Unidos, que viviam independentes na comunidade ou eram levemente assistidas. A percepção positiva de qualidade de vida encontrada entre os dois grupos foi significativamente diferente para as mulheres que viviam independentes e as assistidas.

Quando se associou o nível de atividade física e a qualidade de vida, foram encontradas correlações significativas entre a qualidade de vida e o gasto energético ($r=0,45$), melhor qualidade de vida e para as mulheres que realizavam atividades vigorosas ($r=0,58$). Foram encontradas também correlações entre o domínio de saúde física, a qualidade de vida e o tempo total gasto com atividades físicas ($r = 0,46$), o domínio de saúde física e o gasto energético ($r = 0,47$) e o domínio de saúde física e as atividades vigorosas ($r = 0,54$).

Em pesquisa sobre percepção de qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida realizada por Neri (2001), envolvendo 54 mulheres com idade entre 55 e 64 anos, 65-74 anos e 75 anos ou mais que viviam na comunidade de Campinas – SP, a autora indicou seis dimensões componentes para a definição de qualidade de vida: autonomia, domínio, aceitação, crescimento pessoal, propósito e relações positivas com os outros.

A análise dos dados revelou uma pontuação alta para todas as mulheres, independentemente de idade, o grupo de 75 anos apresentou as médias mais baixas em

relação ao total da amostra. Não ocorreram diferenças significativas associadas à idade. A satisfação global com a vida esteve relacionada significativamente com todos os itens de domínio, crescimento e aceitação,

Outro estudo realizado no Brasil é a pesquisa que envolve a qualidade de vida com mulheres idosa, realizada por Mazo (2003) na cidade de Florianópolis, SC, com 198 mulheres com idade acima de 60 anos. Os resultados demonstraram que a média de idade foi de 73.6 anos, que o nível de escolaridade era do Ensino Fundamental 1ª a 4ª Série, a maioria eram viúvas e pertenciam a classe sócio-econômica D (classe econômica baixa). Apesar da grande maioria das mulheres terem relatado doenças crônico-degenerativas, grande parte possuía uma percepção positiva de saúde, e avaliação positiva de qualidade de vida. Nos resultados dos domínios da qualidade de vida, a autora encontrou correlações significativas entre os subdomínios e o nível de atividade física habitual, sendo que as mulheres mais ativas apresentaram respostas mais positivas em relação às menos ativas. A autora realizou também correlações entre as variáveis sócio-demográficas e o nível de atividade física habitual, onde os resultados indicaram que as mulheres mais ativas eram idosas mais jovens, casadas, de origem étnica européia, possuíam melhor nível de escolaridade, não possuíam doenças e seu estado de saúde não dificultava a prática de atividades físicas. Houve também uma extensa discussão da correlação entre as variáveis sócio-demográficas e os componentes dos domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais da qualidade de vida.

Percebeu-se que nos três estudos, os resultados apresentados sobre a percepção de saúde e a avaliação de qualidade de vida se mostraram positivas. O que difere entre os três estudos, se relaciona à pesquisa de Néri (2001), a autora não enfatizou o nível de atividade física das mulheres, mas, enfatizou a autonomia, que está associada com a funcionalidade, sendo que as demais dimensões estudadas são importantes indicadores de qualidade de vida de mulheres idosas.

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

Dentre os indicadores que foram estudados destacam-se: aspectos sócio-demográficos: (idade, estado civil, etnia (ascendência), escolaridade, trabalho e nível socioeconômico); percepção de qualidade de vida nos domínios (físico, psicológico, social e ambiental) e o nível de atividade física habitual. A escolha das variáveis e domínios justifica-se por serem consideradas componentes da qualidade de vida das populações, que fazem parte do construto multidimensional, na condição subjetiva da qualidade de vida.

Modelo de Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva-correlacional, do tipo transversal. O delineamento básico desse tipo de pesquisa consiste em descrever e determinar a relação que existe entre as variáveis e a sua predição (Thomas & Nelson, 2000).

População e Amostra

A população de idosos de Marechal Cândido Rondon estava constituída de 3.977 idosos, correspondendo a um percentual de 9,6% da população rondonense, sendo 1.858 do sexo masculino e 2.119 do sexo feminino. A distribuição geográfica do número total de idosos é de 2.772 (zona urbana) e de 1.205 (zona rural), dados do censo de 2000 (IBGE, 2001).

O Município de Marechal Cândido Rondon possuía 14 Grupos de Convivência de Idosos, todos sob supervisão da Secretaria de Ação Social da Prefeitura Municipal. Conforme levantamento realizado junto a Secretaria de Ação Social, o número de mulheres

com idade igual ou superior a 60 anos, que participavam dos Grupos de Convivência de Idosos era de aproximadamente 1.617 idosas, residentes na zona urbana e rural, as quais foram consideradas como população deste estudo (dados do Departamento de Serviço Social de Marechal Cândido Rondon, 2003).

Nos Grupos de Convivência de Idosos são realizadas atividades de diversificadas, já pré-estabelecidas: celebrações religiosas (que são a introdução às demais atividades), logo após são repassadas informações gerais sobre as atividades e encontros que serão realizados com a participação de outros grupos. Esporadicamente são realizadas palestras sobre temas como saúde, auto-estima, uso de serviços sociais entre outros, e na sequência aparecem atividades de jogos de mesa como o bingo e jogos de baralho (organizados pelos próprios participantes), nos grupos da sede municipal, além dos jogos de mesa a dança (o bailinho), é a atividade que aparece na preferência da grande maioria dos participantes. A atividade física orientada ainda não aparece como componente de atividades nos Grupos de Convivência de Marechal Cândido Rondon, PR. As atividades físicas que as mulheres realizam se dão na sua maioria em casa, nos trabalhos domésticos e de jardinagem, para ir de um lugar ao outro, e também na forma de atividade física orientada (as caminhadas, que são indicadas pelo médico).

A amostra foi constituída por 320 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, selecionadas dentre os 14 grupos, que voluntariamente aceitaram participar como sujeitos da pesquisa.

Para determinar o número de sujeitos da amostra, utilizou-se a fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra de Barbetta (2002), considerando-se um erro amostral de 5%, onde $n_o = \frac{1}{E_o}$ e $n = \frac{N \cdot n_o}{N + n_o}$

N = Tamanho da população = 1.617 mulheres participantes dos Grupos de Convivência;

n = Tamanho da amostra = 320 mulheres com 60 anos ou mais;

E_o = Erro tolerável = 5%

n_o = Aproximação para o tamanho da amostra considerando o erro amostral tolerável = 400.

Os critérios de exclusão para a participação da amostra foram:

- A recusa da participação como amostra da pesquisa;
- Não estar na faixa etária de 60 anos ou mais;
- Não comparecimento no dia dos encontros de convivência e da coleta de dados.

O quadro 1 apresenta a distribuição dos grupos geograficamente no Município de Marechal Cândido Rondon.

Quadro 1

Distribuição Geográfica dos Grupos

Região	Grupos	Quantidade
Urbana	Grupo de Convivência de Idosos da Amizade e Grupo de Convivência de Idosos Paz e Amor	02
Rural	Grupos de Convivência de Idosos dos Distritos: Novo Três Passos, Porto Mendes, Novo Horizonte; Ajuricaba, Iguiporã, Margarida, das Linhas: Bela Vista, Bom Jardim, São Roque, Curvado, Bandeirantes e São Cristóvão.	12
Total		14

Instrumentos de Medida

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista estruturada. Conforme Negrine (1999), a entrevista estruturada tem como objetivo obter informações através de instrumentos elaborados com questões concretas, previamente definidas.

O instrumento para a coleta de dados foi elaborado tomando-se como base o Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP, 1997), a versão brasileira do instrumento abreviado do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-breve, 1998) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Nível de Atividade Física - Versão Brasileira do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, 2000), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), forma curta, versão 8.

Descrição do Instrumento

A primeira parte da entrevista estruturada, foi composta por variáveis definidas a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEP, 1997) contendo informações sobre a idade, etnia (ascendência), escolaridade, estado civil, moradia e bens possuídos (Anexo 3).

Na segunda parte, constavam os subdomínios (variáveis) que compõe os domínio da qualidade de vida, que foram investigadas, para o qual se tomou como base o instrumento da Organização Mundial de Saúde (1998) (Anexo 4), denominado WHOQOL (*The World Health Organization Quality of Life Assessment*), disponível em 20 idiomas, inclusive em português.

O WHOQOL foi elaborado nas versões longa (100 questões) e curta (26 questões), retiradas dentre as questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100, incluindo quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental.

Quadro 2

Domínios e subdomínios de WHOQOL (2000)

Domínios	Subdomínios
Físico	Dor e desconforto Energia e Fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividade da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Psicológico	Sentimentos positivos Capacidade de concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos
Social	Relações pessoais Suporte social Atividade sexual
Ambiental	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais Oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia Participação e oportunidades de recreação e lazer Ambiente físico Transporte

Fonte: WHOQOL, 2000.

Na terceira parte da entrevista as mulheres idosas foram questionadas sobre os hábitos de atividades físicas. Para tal investigação utilizou-se o IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) - Versão Brasileira (2000), proposto originalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), forma curta, versão 8. As questões têm o

objetivo de verificar o nível de atividade física das pessoas, sendo relativas ao tempo gasto com atividades físicas no trabalho, para ir de um lugar para o outro, no lazer, no esporte, nos exercícios, nas atividades em casa e na jardinagem. De acordo com as atividades físicas relatadas, as idosas foram categorizadas como: sedentárias ou insuficientemente ativas; e ativas ou muito ativas.

Estudos de Validação dos Instrumentos de Medida

O primeiro estudo de validação do WHOQOL-breve, desenvolvido na versão português, foi realizado no ano de 1998, através do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para o estudo de validação, o WHOQOL-breve foi aplicado numa amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre. O instrumento apresentou boa consistência interna, validade concorrente, validade discriminante, validade de critério, validade de conteúdo e confiabilidade de teste-reteste, utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. O WHOQOL-breve alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar a qualidade de vida no Brasil (Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

A consistência interna do WHOQOL-breve, medida pelo coeficiente de Cronbach, foi boa, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios, que estão apresentados no Quadro 2.

Os domínios foram também correlacionados entre si, sendo utilizado o coeficiente de correlação, apresentando os resultados indicados nos Quadros 3 e 4.

Quadro 3

Coefficiente de correlação de fidedignidade de Cronbach dos domínios e questões (n=300)

Itens	Coefficiente de Cronbach	Número de Casos	Número de Itens
Domínios	0,77	286	6
26 questões	0,91	284	100
Domínio Físico	0,84	293	7
Domínio Psicológico	0,79	292	6
Domínio Social	0,69	299	3
Domínio Ambiental	0,71	297	8

Fonte: Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000.

Quadro 4

Coefficiente de correlação entre diferentes domínios na amostra total (n=300)

Domínios	Domínio 1 (físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Social)	Domínio 4 (Ambiental)
1. Domínio Físico	X	0,62	0,35	0,50
2. Domínio Psicológico	0,62	X	0,49	0,53
3. Domínio Social	0,35	0,49	X	0,53
4. Domínio Ambiental	0,50	0,53	0,53	X

Fonte: Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000.

Tendo em vista sua recente validação no Brasil, ainda são escassos os estudos que utilizam o WHOQOL, sobretudo com mulheres idosas.

No entanto, encontrou-se uma dissertação do Programa de Mestrado da Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, realizada no ano de 2001, desenvolvida com pessoas adultas portadoras de transtornos mentais, pela então mestranda Maika Arno

Roeder e uma Tese de Doutorado desenvolvida pela professora Giovana Zarpellon Mazo em 2003, junto a Universidade do Porto, Portugal.

O IPAQ – (*International Physical Activity Questionnaire*) (Anexo 2) é um questionário desenvolvido para avaliar o nível de atividade física da população, em duas formas: longa e curta, proposto pela Organização Mundial de Saúde. No Brasil, a validação do IPAQ foi desenvolvida pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS & Programa Agita São Paulo, publicado no ano de 2001, na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (Matsudo, Araújo, Matsudo, Andrade, Erinaldo, Oliveira & Braggion, 2001).

Para validar o IPAQ, o instrumento foi aplicado em adultos brasileiros (257 homens e mulheres), das cidades de São Paulo, Santo André e São Caetano do Sul. Os questionários foram aplicados na versão longa e curta. Uma parte da amostra ($n = 28$) usou o sensor de movimento *Computer Science & Applications* (CSA). A reprodutibilidade do questionário foi determinada depois de 7 dias e a correlação de Sperman foi significativa e alta ($\rho = 0,69 - 0,71$; $p < .01$). A validade usando o CSA foi de 0,46 na forma longa e 0,75 na forma curta.

Os resultados evidenciaram que as formas longa e curta são comparáveis e que os períodos de referência dos últimos sete dias apresentaram resultados similares. As questões do IPAQ foram aceitáveis e apresentaram resultados idênticos a outros instrumentos para medir nível de atividade física da população em geral.

Além das justificativas apresentadas para a utilização da versão curta do WHOQOL-breve e do IPAQ, também está a praticidade, a disponibilidade de tempo e a economia.

Um estudo piloto foi realizado para testar o tempo de execução de cada entrevista e verificar as principais dificuldades na compreensão das questões e das respostas.

Estudo-Piloto do Instrumento de Coleta de Dados

Para testar o instrumento de coleta de dados (Anexo 1), organizado a partir dos modelos anteriormente descritos (Critério de Classificação Econômica da ANEP, WHOQOL-breve e IPAQ – versão curta), foi realizado um estudo piloto com 10 mulheres com idades de 60 a 65 anos, com o objetivo de verificar a objetividade, a clareza e o tempo gasto com a aplicação do questionário-entrevista.

Optou-se em entrevistar as idosas em dois grupos da sede do Município de Marechal Cândido Rondon, PR, devido a facilidade de encontrar as mulheres e a economia de tempo.

Na visita aos grupos houve o acompanhamento da profissional responsável pelos grupos de idosos do referido Município. Acompanhamento que foi repetido nos 14 grupos, nos quais foram realizadas visitas prévias, para que na segunda visita se iniciasse a coleta de dados propriamente dita.

A primeira visita teve como objetivo explicar aos grupos os objetivos da pesquisa e a importância para a comunidade da colaboração do grupo.

Nesta pesquisa optou-se pela entrevista, haja vista a baixa escolaridade, a falta de compreensão e a distorção nas questões. Este procedimento pareceu fundamental para que se garantisse um bom resultado.

Para a realização da entrevista no Estudo-Piloto, o tempo médio gasto foi de 30 minutos. O procedimento para as perguntas exigiu calma, repetição quando necessário e o cuidado para não conduzir as respostas.

No Estudo-Piloto não houve dificuldades por parte das mulheres em entender as perguntas, não sendo necessárias modificações no instrumento de Coleta de Dados.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de Julho e Outubro de 2003, nos encontros dos Grupos de Convivência, mediante consentimento das mulheres idosas. A coleta foi realizada após a qualificação desse projeto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (Anexo 6).

Sistematização da Coleta de Dados

A sistematização da coleta dos dados desenvolveu-se através de:

- Seleção e treinamento dos aplicadores (acadêmicos do Curso de Educação Física da UNIOESTE) para a coleta de dados, junto aos Grupos de Convivência.
- Organização de cronograma para a coleta dos dados.

- Coleta de dados, que compreendeu a aplicação do questionário estruturado, com auxílio de aplicadores.

Quadros de Variáveis

Descrição das variáveis (subdomínios) de estudo, em categorias/unidades e os critérios de medidas:

Quadro 5

Variáveis Sócio-Demográficas

Variáveis	Categoria/Unidade	Critério
Idade	Anos	Referido
Sexo	Masculino e Feminino	Classificação do entrevistador
Residência	Urbana ou Rural	Referido
Etnia (ascendência)	(1) Alemão (2) Italiano (3) Africano (4) não sabe responder (5) outra	Referido
Estado Civil	(1) solteiro(a) (2) casado(a)/parceiro(a) fixo (3) viúvo(a) (4) separado(a)/divorciado(a)	Referido
Escolaridade	- < 4 anos - de 4 anos a 8 anos - ≥ 8 anos	Baseada no número de anos de escolarização formal
Nível socioeconômico	A ₁ , A ₂ , B ₁ , B ₂ , C, D, E	Classificação econômica Brasil (ANEP, 1997).

Fonte: ANEP, 1997.

Quadro 6

Subdomínios da Qualidade de Vida

Subdomínios (Variáveis)	Categorias/unidades	Crítérios
Avaliação da qualidade de vida	(1) Muito ruim/ruim (2) Nem ruim/ nem boa (3) Boa /muito boa	Todos os subdomínios foram discutidos á partir estatística descritiva, apresentando percentual e freqüência do Teste de Qui-Quadrado e da Análise Multivariada de Cluster
Satisfação com a saúde	(1) Muito insatisfeita/ insatisfeita (2) Nem satisfeita/ nem insatisfeita (3) Satisfeita /Muito satisfeita	
Dores físicas e limitações	(1) Nada/ muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante/extremamente	
Tratamento médico para levar a vida diária		
O quanto aproveita a vida		
Sentido da vida		
Concentração		
Segurança na vida diária		
Quão saudável é o ambiente físico		
Tem energia suficiente para seu dia-a-dia	(1) Nada/ muito pouco (2) Médio (3) Completamente	
Capacidade de aceitar a aparência física		
Dinheiro para suas necessidades		
Disponibilidade de informações no dia-a-dia		
Oportunidade de atividade e lazer		
Capacidade de locomoção	(1) Muito ruim/ ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Bem/ muito bem	
Satisfação com o sono	(1) Muito insatisfeita/ insatisfeita (2) Nem satisfeita nem insatisfeita (3) Satisfeita/ muito satisfeita	
Satisfação com a capacidade de desempenhar atividade no dia-a-dia		
Satisfação com a capacidade para o trabalho		
Satisfação consigo mesmo		
Satisfação com as relações pessoais		
Satisfação com a vida sexual		
Satisfação com o apoio recebido		
Satisfação com o local onde mora		
Satisfação com os serviços de saúde		
Satisfação com o meio de transporte		
Freqüência de sentimentos negativos (mau humor, ansiedade, depressão)		

Fonte: WHOQOL, 2000.

Na análise das categorias/unidades foram utilizadas alterações com o objetivo de facilitar a análise. As alterações que se procedeu foi de cinco categorias para três categorias. Por exemplo: (1) Muito insatisfeita e (2) Insatisfeita para (1) Muita insatisfeita/insatisfeita; (3) Nem insatisfeita/nem satisfeita para (2) Nem insatisfeita/nem satisfeita; e (4) Satisfeita e (5) Muito satisfeita para (3) Satisfeita/muito satisfeita.

Quadro 7

Nível de Atividade Física

Variável	Categorias/unidades	Critério
Atividade Física	Sedentária/insuficientemente Ativa	Classificação do Nível de Atividade Física – IPAQ
	Ativa/muito ativa	

Fonte: Matsudo et al, 2001

Na análise das categorias/unidades do nível de atividade física habitual, também se optou e transformar as quatro categorias em duas categorias para facilitar a discussão. Exemplo: (1) Sedentária e (2) Insuficientemente ativa para (1) Sedentária/insuficientemente ativa; (3) Ativa e (4) Muito ativa para (2) Ativa/muito ativa.

Tratamento Estatístico

Com base nos objetivos propostos pelo estudo, utilizou-se para tabulação e análise dos dados, o programa de computador *Statiscal Package for the Social Science* (SPSS), versão 10.0.

Para os objetivos de caracterização sócio-demográfica (idade, estado civil, etnia (descendência), escolaridade e nível socioeconômico) e caracterização dos domínios (físico, psicológico, social e ambiental), utilizou-se a estatística descritiva por meio de frequências e percentuais.

Para o reconhecimento da associação entre os subdomínios e o nível de atividade física habitual foi realizado o teste de Qui-quadrado e, para a caracterização do tipo de agrupamento dos subdomínios (variáveis), foi utilizada a análise de Clusters (Método de Ward), que teve o objetivo de demonstrar a força hierárquica de ligação entre os mesmos.

No teste do Qui-Quadrado foram apresentadas as medidas de frequências absolutas e relativas correspondentes às categorias de análise, a proporção de referência e a probabilidade de associação, adotando-se o nível de significância igual ou inferior a 0,05 (Barros & Reis, 2003).

A análise multivariada de Cluster tem como objetivo principal o agrupamento de casos com base no conjunto de subdomínios (variáveis). A técnica forma grupos de casos (Clusters). Os casos dentro de um Cluster são semelhantes entre si em termos de valores num conjunto de variáveis e são mais semelhantes do que qualquer um dos casos pertencentes a outro Cluster (Hill, M. M. & Hill, A., 2000).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados na forma sequencial conforme os objetivos específicos. Os subdomínios (variáveis) que compõem os indicadores de qualidade de vida foram apresentados e analisados na seguinte ordem:

- 1) Características sócio-demográficas.
- 2) Caracterização dos domínios: físico, psicológico, social e ambiental que compõem a qualidade de vida do indivíduo.
- 3) Caracterização do nível de atividade física habitual, da percepção de saúde e da avaliação da qualidade de vida.
- 4) Associação entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental e o nível de atividade física habitual.
- 5) A força de associação entre os subdomínios da qualidade de vida.

1 – Características Sócio-demográficas das mulheres participantes da amostra

A importância de identificar a procedência dos dados em uma pesquisa é um aspecto relevante no processo de pesquisa. Principalmente a localização geográfica, a etnia (ascendência) e o nível socioeconômico, são fatores que estabelecem relação entre os indivíduos e o ambiente em que vivem.

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sócio-demográficas da amostra, considerando a idade, estado civil, etnia (ascendência), escolaridade e o nível socioeconômico.

Tabela 1**Características Sócio-demográficas**

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
IDADE	(F)	(%)
Menos de 65 anos	162	50,6
65,1 a 70 anos	64	20,0
70,1 a 75 anos	53	16,6
75,1 a 80 anos	26	8,1
Acima de 80 anos	15	4,7
Total	320	100,0
ESTADO CIVIL		
Solteira	8	2,5
Casada	161	50,3
Viúva	131	40,9
Divorciada	20	6,3
Total	320	100,0
ETNIA (ascendência)		
Portuguesa	5	1,6
Italiana	49	15,3
Alemã	252	78,8
Outra	4	1,3
Não souberam responder	4	1,3
Total	320	100,0
ESCOLARIDADE		
1ª a 4ª série	254	79,4
5ª a 8ª série	47	14,7
Ensino médio	3	0,9
Ensino superior	1	0,3
Pós-graduação	1	0,3
Não estudou	14	4,4
Total	320	100,0
NÍVEL SOCIOECONÔMICO		
Nível E	2	0,6
Nível D	21	6,6
Nível C	253	79,1
Nível B2	31	9,7
Nível B1	13	4,0
Total	320	100,0

A maior concentração de mulheres em relação à faixa etária foi entre 60 e 65 anos (50,6%) consideradas idosas jovens de acordo com a classificação de Ulhemberg (1987). As outras 49,4 % de mulheres da amostra estavam distribuídas em faixas etárias acima de 65,1 (Tabela 1). Estes resultados estão de acordo com a expectativa de vida para a região sul e semelhantes aos indicadores sociais do IBGE (2000), que constatou que a população

brasileira de idosos apresentava 50% de idosos entre 60 a 69 anos, e os outros 50% eram representados por idosos acima de 69,1 anos.

O percentual de mulheres casadas foi de 50,3%, de viúvas 40,9% e as solteiras e divorciadas eram 2,5% e 6,3%, respectivamente. Observou-se um alto percentual de viúvas, o que é confirmado quando se trata da população idosa em geral, e também pelos dados obtidos junto às mulheres idosas entrevistadas em Marechal Cândido Rondon, Pr. A viuvez feminina contrasta com alto percentual de homens casados. Os homens, em mais de três quartos em relação às mulheres, encontram-se em união conjugal (podendo ser a primeira, segunda, terceira ou mais uniões) e mais da metade das mulheres permanecem viúvas. As diferenças por sexo, quanto ao estado conjugal, são consequência da maior longevidade das mulheres. O censo de 1991 revelou que 52,7% das mulheres com mais de 65 anos no Brasil eram viúvas, enquanto somente 14,8% eram viúvos (Berquó, 1999).

Dentre as mulheres entrevistadas, 78,8% eram de ascendência alemã. Este resultado era esperado, uma vez que o Município de Marechal Cândido Rondon, foi colonizado por descendentes de alemães, migrantes do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Marechal Cândido Rondon é considerada a cidade mais germânica do Paraná. As mulheres italianas constituíram 15,3%, o restante das mulheres (5,9%) era de outras ascendências ou não souberam responder. No Brasil, a composição étnica dos idosos, de acordo com o censo de 1991, era de 60,8% de brancos e 38,1% de negros e 1% de indígenas e asiáticos (Berquó, 1999). Conforme os resultados obtidos, o percentual de mulheres brancas é elevado chegando a 95,4%, enquanto que as mulheres negras não apareceram como sujeitos da amostra. Este resultado se deve ao fato da população negra ser pouco significativa na cidade.

O nível de escolaridade das idosas foi considerado baixo, quando analisado de acordo com a Classificação da ANEP (1997). As mulheres que possuíam o Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) foi de 79,4%, do Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) foi de 14,7%, Ensino Médio 0,9%, Ensino Superior e Pós-Graduação 0,3 respectivamente e não estudaram 4,4%. No município de Marechal Cândido Rondon o índice de analfabetismo da população em geral chega a 14,1% (INEP, 2000). A baixa escolaridade, embora não fosse objeto desta pesquisa, foi justificada por fatores como: a distância da escola, falta de condições financeiras, necessidade de trabalhar em casa e outros aspectos culturais.

O nível sócio-econômico das mulheres de Marechal Cândido Rondon demonstrou características similares a distribuição que é apresentada pela ANEP (1997). De acordo com os resultados 79,1% das mulheres estavam no Nível C, 9,7% estavam no nível B2,

6,6% no Nível D, 4,1% no Nível B1 e 0,6% no Nível E. Estes resultados classificam-nas no nível socioeconômico médio, similar à encontrada para a Região Sul (ANEP, 1997).

2 - Caracterização dos Domínios e Subdomínios da Qualidade de Vida

2.1 – Domínio Físico

Na caracterização do domínio físico da qualidade de vida (Tabela 2), as respostas positivas sobressaíram-se em todos os subdomínios, que foram categorizados em três alternativas para a análise de frequência e percentual.

Tabela 2

Caracterização do Domínio Físico

SUBDOMÍNIOS	CATEGORIAS	FREQ. (F)	PERCENT. (%)
Dor e desconforto	1- Nada ou pouca	202	60,0
	2 – Mais ou menos	57	17,8
	3 – Bastante ou extremamente	71	22,2
	Total	320	100,0
Energia	1- Nada ou pouca	17	5,3
	2 – Mais ou menos	83	25,9
	3 – Muito ou completamente	230	67,8
	Total	320	100,0
Satisfação com o sono	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	42	13,1
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	54	16,9
	3 – Satisfeita/ muito satisfeita	224	70,0
	Total	320	100,0
Funcionalidade e mobilidade	1 – Muito ruim/ruim	11	3,4
	2 – Nem ruim/nem boa	26	8,1
	3 – Boa/muito boa	283	88,5
	Total	320	100,0
Capacidade para o trabalho	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	14	4,4
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	36	11,2
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	270	84,4
	Total	320	100,0
Satisfação com o desempenho de atividades do cotidiano	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	10	3,1
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	40	12,5
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	270	84,4
	Total	320	100,0

No subdomínio dor e desconforto, como impedimentos para a realização das tarefas diárias, 60,0% relataram não atrapalhar quase nada ou muito pouco, no entanto 40% das mulheres relataram dor em alguma intensidade que, conseqüentemente as atrapalha bastante ou extremamente nas tarefas que precisavam desenvolver no dia-a-dia.

Na percepção de funcionalidade e mobilidade, 88,5% das mulheres relataram ser boa ou muito boa. A satisfação com a disposição (energia para o dia-a-dia) foi relatada por 67,8% das mulheres, entretanto aproximadamente um terço (32,2%) relataram não possuir tanta disposição.

A satisfação com a capacidade de trabalho do dia-a-dia foi relatada por 84,4% das mulheres. Na satisfação com o desempenho de atividades do cotidiano 84,4% das mulheres responderam estar muito satisfeitas. Percebe-se uma relação forte entre os dois subdomínios. Já a satisfação com o sono foi relatada por 70,0% das mulheres, enquanto que 30% apresentavam insatisfação.

A satisfação e a manutenção da capacidade funcional tem importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, pois está relacionada com a capacidade de ocupar-se em tarefas no dia-a-dia, e em manter sua autonomia e independência nas idades mais avançadas (Rosa, Latorre & Ramos, 2003).

Tais preposições justificam os resultados obtidos junto às mulheres da amostra, onde as respostas positivas se sobressaíram em todos os subdomínios. Ressalta-se, no entanto que metade das mulheres foram consideradas como idosas jovens, e que até os 69 anos o sistema biológico do organismo decai aproximadamente de 10 a 30% (Shephard, 1997) que pode justificar a ausência de dores e mais disposição (energia) para o trabalho e as atividades do dia-a-dia. Por outro lado, metade das mulheres possuía idade superior a 65,1 anos e idades mais avançadas, e como no geral as respostas foram positivas também nas idades mais avançadas, as justificativas podem estar no nível de atividade física habitual, pois 76,5% das mulheres foram classificadas como ativas ou muito ativas.

Nos subdomínios físicos houve predominância de resultados positivos, que parecem ter influenciado de forma positiva também os 72,8% de mulheres satisfeitas com a sua qualidade de vida. Outra constatação que teve influência sobre as respostas positivas no domínio físico é o fato de que 76,6% das mulheres eram ativas ou muito ativas, o que demonstra a independência física e funcionalidade. Vale lembrar que as mulheres participantes da amostra eram participantes dos Grupos de Convivência, onde se encontram poucas pessoas com dependência física severa.

2.2– Caracterização do Domínio Psicológico

Os resultados no domínio psicológico da qualidade de vida (Tabela 3) apresentaram um alto percentual de respostas positivas.

Tabela 3

Caracterização do Domínio Psicológico

SUBDOMÍNIOS	CATEGORIAS	FREQ. (F)	PERCENT. (%)
Satisfação Pessoal	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	4	1,3
	2 – Nem satisfeita/ nem insatisfeita	14	4,4
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	302	94,3
Total		320	100,0
Capacidade de memória e concentração	1 – Nada ou muito pouco	18	5,6
	2 – Médio	91	28,4
	3 –Bastante/extremamente	211	66,0
Total		320	100,0
Satisfação com a aparência física	1 – Nada ou pouca	11	2,5
	2 – Médio	34	10,6
	3 – Muito/completamente	275	85,9
Total		320	100,0
O quanto aproveita a vida	1- Nada/muito pouco	20	6,3
	2- Mais ou menos	80	25,0
	3- Bastante/extremamente	220	68,7
Total		320	100,0
Percepção do sentido da vida	1 – Muito pouco	1	0,3
	2 – Mais ou menos	29	9,1
	3 – Bastante/extremamente	289	90,6
Total		320	100,0
Presença de sentimentos negativos	1 – Nunca ou algumas vezes	283	88,4
	2 – Frequentemente	27	8,4
	3 – Muito frequentemente/sempre	10	3,2
Total		320	100,0

A satisfação pessoal foi relatada pela maioria das mulheres (94,3%), a satisfação com a aparência física esteve presente em 85,9% das mulheres. Quanto ao subdomínio o

quanto aproveitava a vida (sentimentos positivos), 68,7% aproveitavam bastante ou extremamente a vida, ressalta-se que um terço das mulheres declarou não aproveitar a vida satisfatoriamente, o que pode estar relacionada à insatisfação com renda, que era média ou pouca para 59,7% das mulheres.

A boa capacidade e concentração foi relatada por 66% das mulheres, com relação à ter sentido na vida (espiritualidade) foi relatado por 90,6% das mulheres, quanto à presença de sentimentos negativos (mau humor, nervosismo, ansiedade, depressão), 88,4% responderam que nunca ou algumas vezes experimentaram tais sentimentos.

O sentido pessoal tem importante papel na promoção da saúde, do bem-estar psicológico e as pessoas que mantêm um senso de significado pessoal apresentam maior probabilidade de envelhecer com sucesso. Ter propósito positivo na vida, tanto pode acrescentar anos a vida como vida aos anos. Sem os componentes de significado pessoal a longevidade pode vir a se tornar um fardo insuportável (Wong, 1999).

A afirmação de Wong retrata-se, quando se relacionam os resultados positivos no domínio psicológico à satisfação com a saúde. Um percentual expressivo (66,2%) das mulheres entrevistadas respondeu ter muita satisfação com a saúde, o que reforça a importância do sentido e satisfação pessoal, e dos sentimentos positivos para o bem-estar e o envelhecimento bem-sucedido.

As características positivas apresentadas no domínio psicológico deste estudo são contrárias àquela imagem estereotipada de que pessoas velhas são mal-humoradas e já não encontram sentido para a vida. Além disso, ressalta-se que as pessoas que participam nos Grupos de Convivência apresentaram predominantemente aspectos positivos (bom-humor, alegria, sentido e satisfação pessoal) destacados nas respostas positivas obtidas.

2.3 – Caracterização do Domínio Social

Na caracterização do domínio social da qualidade de vida das mulheres, estão os subdomínios: satisfação com as relações pessoais, apoio ou suporte pessoal e a satisfação sexual, que estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4

Caracterização do Domínio Social

SUBDOMÍNIO	CATEGORIAS	FREQ. (F)	PERCENT. (%)
Satisfação com as relações pessoais (parentes, amigos)	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	4	1,3
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	6	1,9
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	310	96,8
Total		320	100,0
Satisfação com o apoio dos amigos e parentes	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	6	1,6
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	14	4,4
	3 – Satisfeita/muito insatisfeita	300	94,0
Total		320	100,0
Satisfação com a vida sexual	1 – Muito insatisfeita ou insatisfeita	41	12,8
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	41	12,8
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	137	42,8
	4 – Não responderam	81	25,3
	5 – Não tinham parceiro	20	6,3
Total		320	100,0

A satisfação com as relações pessoais foi bastante positivo 96,8% estavam muito satisfeitas com as relações pessoais e a satisfação com o apoio dos amigos e parentes foi relatado por 94% das mulheres da amostra.

Somente a satisfação com a vida sexual apresentou resultados menos positivos, 42,8% responderam estar satisfeitas, 25,3% não responderam à questão. Os resultados dados à satisfação sexual retratam a imagem que as pessoas tem sobre a vida sexual na velhice, que ainda é cercada de preconceitos. A sociedade coloca os idosos em uma

situação marginalizada, onde recebem o papel de assexuados, sendo-lhes atribuída tarefas como o cuidados dos netos e de fazer tricô (Mazo et al, 2001; Rismann, 1995).

Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada em Florianópolis, SC com mulheres que participavam de Grupos de Convivência, que em sua maioria apresentaram satisfação com as suas relações pessoais, com o suporte pessoal e a vida sexual (Mazo, 2003). Somente na satisfação com a vida sexual as respostas das mulheres de Marechal Cândido Rondon apresentaram percentuais menores em relação ao estudo de Florianópolis, mas estes resultados não pareceram ter influenciado na avaliação de qualidade de vida dessas mulheres.

As relações pessoais e o suporte pessoal apareceram como importantes indicadores na qualidade de vida das idosas. As relações pessoais geralmente se dão no meio familiar, com os vizinhos e recentemente nos grupos de convivência onde participam. A relação afetiva no círculo familiar é um dos principais fatores de equilíbrio e de bem-estar das pessoas que envelhecem (Mazo, 2003).

2.4- Caracterização do Domínio Ambiental

Na caracterização do domínio ambiental da qualidade de vida estão os subdomínios: segurança física e proteção, satisfação com o ambiente físico, satisfação com a moradia, satisfação com o acesso aos serviços de saúde, recursos financeiros, oportunidade de adquirir informações, oportunidades de lazer e a satisfação com o meio de transporte (Tabela 5).

Tabela 5

Caracterização do Domínio Ambiental

SUBDOMÍNIOS	CATEGORIAS	FREQ. (F)	PERCENT. (%)
Segurança física e proteção	1 – Nada/pouca	23	7,2
	2 – Mais ou menos	68	21,3
	3 - Bastante/extremamente	229	71,5
Total		320	100,0
Satisfação com o ambiente físico	1 – Nada/pouca	28	8,8
	2 – Mais ou menos	46	14,4
	3 -Bastante/extremamente	246	76,8
Total		320	100,0

Continuação da Tabela 5

Satisfação com a moradia	1 – Muito insatisfeita/insatisfeita	8	2,5
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	16	5,0
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	296	92,5
Total		320	100,0
Acesso aos serviços de saúde	1 – Muito insatisfeita / insatisfeita	21	6,6
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	42	13,1
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	257	80,3
Total		320	100,0
Recursos financeiros para as necessidades básicas	1 – Nada ou pouco	45	14,1
	2 – Médio	146	45,6
	3 –Muito/completamente	129	40,0
Total		320	100,0
Oportunidades de adquirir informações	1 – Nada ou pouco	35	11,0
	2 – Médio	94	29,4
	3 –Muito/completamente	191	59,6
Total		320	100,0
Oportunidade de lazer	1 – Nada ou pouco	46	14,4
	2 – Médio	58	18,1
	3 – Muito/completamente	216	67,5
Total		320	100,0
Satisfação com o meio de transporte	1 – Muito insatisfeita/insatisfeita	21	6,6
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	34	10,6
	3 – Muito/completamente	265	82,8
Total		320	100,0

Os subdomínios ambientais são evidenciados na literatura como parte das condições objetivas da qualidade de vida, onde são apontados ainda as condições físicas do ambiente, a disponibilidade de serviços de saúde, lazer e educação e o nível de renda (Neri, 2001).

Na caracterização do domínio ambiental, verificou-se que a maioria das mulheres idosas estava satisfeita com a segurança na vida diária (71,5%), com as condições do local onde moram (92,5%), com o acesso aos serviços de saúde (80,3%), com as oportunidades de adquirir informações (59,6%), com as oportunidades de lazer (67,5%) e com o meio de transporte (82,8%).

O subdomínio de satisfação com os recursos financeiros apresentou percentual menor em relação aos demais subdomínios, menos da metade (40%) das mulheres declararam que os recursos financeiros eram suficientes para suas necessidades. A disponibilidade de recursos financeiros é um importante indicador social de qualidade de vida, pois a renda determina a satisfação das necessidades, de segurança e de proteção (Setién, 1993).

No entanto observou-se que a disponibilidade de recursos financeiros, embora seja um indicador importante para a qualidade de vida, não foi considerada pelas idosas da amostra como um aspecto que interferiu nos resultados positivos dos demais subdomínios e na avaliação positiva da qualidade de vida.

De forma similar aos resultados encontrados em Marechal Cândido Rondon, PR, nos resultados obtidos em Florianópolis, SC por Mazo (2003), demonstraram satisfação com as condições do local onde moram (habitação), com o ambiente físico, com seu meio de transporte e com o acesso a serviços de saúde. Enquanto que, nos subdomínios de oportunidades de lazer, de satisfação com o acesso às informações e a disponibilidade de recursos financeiros, a satisfação foi média.

2.5 – Caracterização da Avaliação da Qualidade de Vida e da Satisfação com a Saúde

A avaliação de qualidade de vida e satisfação com a saúde são duas questões que compõe o WHOQOL abreviado, e estão analisadas separadamente dos outros domínios, estando apresentadas nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6

Caracterização da percepção de Qualidade de Vida (QV)

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FREQ. (F)	PERCENT. (%)
Percepção da QV	1 – Muito ruim/ruim	8	2,5
	2 – Nem ruim/nem boa	79	24,7
	3 – Boa/muito boa	233	72,8
Total		320	100,0

A percepção de qualidade de vida positiva predominou em relação às demais respostas, 72,8% das idosas avaliaram-na como boa ou muito boa, o que demonstrou que as idosas na sua maioria estão satisfeitas com suas condições de vida.

Os resultados positivos na avaliação da qualidade de vida são justificados através das respostas positivas obtidas nos quatro domínios, dentre os indicadores destaca-se a satisfação com a funcionalidade e energia para a realização de tarefas no dia-a-dia, a satisfação pessoal, os sentimentos positivos e o sentido da vida, a satisfação com os relacionamentos e o apoio pessoal de amigos e parentes, a satisfação com a moradia, com acesso aos serviços de saúde, a proteção e as oportunidades de lazer.

Uma extensa revisão de literatura, realizada por Diener e Suh (1998) sobre a percepção de bem-estar subjetivo em homens e mulheres idosos e não idosos, apresentou dentre as informações, que os idosos avaliam mais positivamente sua qualidade de vida que as pessoas mais jovens. Esta constatação é justificada em decorrência do grau de exigência e acesso a facilidades dos mais jovens em relação aos mais velhos, o que faz com que os primeiros valorizem mais o prazer e a satisfação pessoal que os idosos.

Os idosos apresentam nível de aspiração mais baixo do que os mais jovens, porque estão preparados a não esperar tanto da vida, eles ajustam suas metas aos seus recursos e competências e assim esperam menos realizações e prazer que os mais jovens (Neri, 2001).

Os resultados da pesquisa com idosas em Marechal Cândido Rondon, PR foram positivos, confirmando a tendência apresentada por Diener e Suh (1998), com respeito à avaliação positiva de qualidade de vida.

Tabela 7

Caracterização da Satisfação com a Saúde

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FREQ (F)	PERCENT (%)
Satisfação com a saúde	1 – Muito insatisfeita/insatisfeita	32	10,0
	2 – Nem satisfeita/nem insatisfeita	76	23,8
	3 – Satisfeita/muito satisfeita	212	66,2
Total		320	100,0

Na satisfação com a saúde (Tabela 7), 66,2%, responderam que estavam satisfeitas, nem insatisfeitas estavam 23,8% e muito insatisfeitas estavam 10,0% das entrevistadas.

A percepção positiva de saúde é influenciada pelo sentido pessoal na vida e representa importante papel para superar as crises e perdas ao longo da vida, fator importante na percepção de qualidade de vida (Freire & Resende, 2001). Esta afirmação é comprovada com os resultados obtidos na presente pesquisa onde 90,6% das mulheres responderam encontrar muito sentido na vida, o que representa importante indicador na percepção positiva de saúde.

Também outros fatores contribuíram para a percepção positiva de saúde dentre eles a ausência de dor (60% das mulheres sentiam nada ou pouca), a boa funcionalidade relatada por 88,5%, a satisfação pessoal positiva em 94,3% das mulheres e a satisfação com o acesso aos serviços de saúde relatada por 80,3% da amostra.

Resultados similares foram encontrados em estudo realizado com mulheres idosas, em Florianópolis, onde 66,2% da amostra demonstrou percepção positiva de saúde (Mazo, 2003).

2.7 - Caracterização do Nível de Atividade Física

Para facilitar a discussão, dividiu-se a variável nível de atividade física em duas categorias, as mulheres foram classificadas como ativas ou muito ativas e insuficientemente ativas ou sedentárias (Tabela 8).

Para categorização das mulheres, levou-se em consideração atividades domésticas, de transporte, de jardinagem, de trabalho, lazer e atividades físicas como dançar, nadar, pedalar, andar e outras.

Tabela 8

Caracterização do Nível de Atividade Física (NAF)

VARIÁVEL	CATEGORIAS	FREQ (F)	PERCENT (%)
NAF	1 – Sedentária ou insuficientemente ativa	75	23,5
	2 – Ativa ou muito ativa	245	76,5
Total		320	100,0

De acordo com os resultados, as mulheres consideradas ativas ou muito ativas sobressaíram-se em três quartos (76,5%) às mulheres insuficientemente ativas ou sedentárias que eram 23,5% da amostra.

Estes resultados são bastante satisfatórios se comparados com estudos semelhantes para verificar o nível de atividade física de mulheres adultas ou idosas. Em uma pesquisa pública realizada por Backett (1992) verificou que as mulheres em todas as idades são menos ativas em seu tempo livre do que os homens. O autor constatou que somente 10% das mulheres com idade superior a 45 anos estavam engajadas em níveis adequados de atividade física, comparado com 30% dos homens. As justificativas apresentadas para a não realização de atividades físicas foram as obrigações domésticas e o cuidado com os filhos, fato que não foi relatado na idade mais tardia, onde uma pequena minoria apresentava bons níveis de atividade física.

Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, por Koltyn (2001) que objetivava verificar a associação entre a atividade física e a qualidade de vida de idosas, demonstrou que de uma amostra de 75 mulheres com idade superior a 60 anos, que viviam independentes na comunidade ou eram assistidas, 70% não estavam engajadas em atividades físicas regulares.

Quanto ao nível de atividade física, houve diferenças significativas ($P<.05$) entre as mulheres que viviam independentes e as assistidas. As mulheres que viviam independentes tinham níveis de atividade física mais altos, incluindo o tempo total gasto com atividades físicas (horas/semanais) com o gasto energético (kcal/semana), com atividades vigorosas, com caminhadas e serviços domésticos em geral, quando comparadas com as mulheres assistidas (Koltyn, 2001).

Desta forma, os resultados destes estudos, considerando-se as diferenças metodológicas, demonstraram que as mulheres idosas de Marechal Cândido Rondon eram mais ativas do que as citadas nos estudos de por Backett e Koltyn.

4 –Associação entre o Nível de Atividade Física (NAF) e os subdomínios componentes dos domínios físico, psicológico, social e ambiental da Qualidade de Vida

4.1 –Associação entre os subdomínios do domínio físico e o NAF

Tabela 9

Associação da dor e desconforto e o NAF

Dor e desconforto		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/Muito pouco	n	25	167	192
	Nada/pouco	13,0%	87,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	33,3%	68,2%	60,0%
Mais ou menos	n	23	34	57
	Mais ou menos	40,4%	59,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	30,7%	13,9%	17,8%
Bastante	n	27	44	71
	Bastante	38,0%	62,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	36,0%	18,0%	22,2%
Total	n	75	245	320
	% total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

χ^2 23,57; $p = 0,0001$

Dentre as mulheres que declararam não sentir dor ou pouca dor, 87% eram ativas ou muito ativas 13,0% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que sentiam alguma dor (mais ou menos), 59,6% eram ativas ou muito ativas 40,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que sentiam bastante dor, 62,0% eram ativas ou muito ativas e 38,0% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Quando se analisou a presença de dor entre as mulheres das duas categorias, 68,2% das ativas ou muito ativas não sentiam dor ou pouca dor, 13,9% mais ou menos e 18% bastante dor. Das mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 33,3% sentia pouca dor ou nada, 30,7% mais ou menos e 36% bastante dor. Destaca-se que o dobro das mulheres (36%) insuficientemente ativo sentia bastante dor em relação as mais ativas fisicamente.

A dor funcional mostrou-se estatisticamente associada ($\chi^2 = 23,57$; $p = 0,0001$) ao NAF (Tabela 9).

A dor e o desconforto representam uma dimensão central nas pesquisas sobre qualidade de vida, podendo ser relevantes para o desencadeamento de doenças crônicas, que são representativas na percepção da qualidade de vida (Lawton, 1991).

A dor crônica interfere na vida das pessoas, nos idosos tira-lhes o prazer pela vida, e os possibilita de realizar atividades domésticas e sociais, dificulta a funcionalidade, podendo provocar distúrbios de sono e depressão (Pimenta & Campedelli, 1993).

As afirmações dos autores são comprovadas com os dados obtidos junto às mulheres idosas. Ao analisar os dados de caracterização (Tabela 2 e 6), somente 7,8% responderam sentir muitas dores, a satisfação com a funcionalidade foi de 88,5%, o que os qualifica os dois subdomínios como fortes indicadores para a avaliação positiva de qualidade de vida, que nesta pesquisa foi relatada por 73,8% das participantes.

Tabela 10

Associação entre energia para o dia-a-dia e o NAF

Energia para o dia-a-dia		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/Muito pouco	N	7	10	17
	Nada/pouco	41,2%	58,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	9,5%	4,1%	5,3%
Mais ou menos	N	28	55	83
	Mais ou menos	33,7%	66,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	37,8%	22,4%	26,0%
Bastante	N	39	180	219
	Bastante	17,8%	82,2%	100,0%
	NAF em duas categorias	52,7%	73,5%	68,7%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 11,43$; $p = 0,003$

De acordo com os resultados da Tabela 10, das mulheres que declararam ter bastante energia, 82,2% eram ativas ou muito ativas e 17,8% eram sedentárias ou

insuficientemente ativas. Das mulheres que sentiam média disposição (mais ou menos), 66,3% eram ativas ou muito ativas e 28 (33,7%) eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que não tinham ou tinham muito pouca energia para os dia-a-dia, 58,8% eram ativas ou muito ativas e 41,2% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas, 63,5% percebiam bastante energia para os dia-a-dia, 22,4% mais ou menos e 4,1% nada ou pouca. Dentre as mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 52,7% percebiam bastante energia para os dia-a-dia, 37,8% mais ou menos e 9,5% nada ou muito pouca.

Associando o NAF e a energia para o dia-a-dia, constatou-se que houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 11,43$; $p = 0,003$).

As mulheres ativas ou muito ativas demonstraram melhores resultados na percepção de energia para o dia-a-dia em relação às sedentárias ou insuficientemente ativas. A relação positiva entre o NAF e a energia para se reflete na maior capacidade de trabalho físico e mental, mais disposição para realização das tarefas do dia-a-dia, motivação para a vida e maior sensação de bem-estar (Nahas, 2001).

Tabela 11

Associação satisfação com o sono e o NAF

Satisfação com o sono		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	11	31	42
	Insatisfeitas	26,2%	73,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	14,7%	12,7%	13,1%
Indiferente	N	19	35	54
	Indiferentes	35,2%	64,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	25,3%	14,3%	16,9%
Satisfeita	N	45	179	224
	Satisfeitas	20,1%	79,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	60,0%	73,1%	70,0%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 2,562$; $p = 0,057$

Quando se analisou o subdomínio satisfação com o sono (Tabela 11) verificou-se que: das mulheres que estavam satisfeitas com o sono, 79,9% eram ativas ou muito ativas e

20,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres indiferentes, 64,8% eram ativas ou muito ativas e 35,2% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre mulheres insatisfeitas com o sono, 73,8% eram ativas ou muito ativas e 26,2% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas, 12,7% estavam insatisfeitas com o sono, 14,3% eram indiferentes e 73,1% estavam satisfeitas. Entre as mulheres insuficientemente ativas ou sedentárias, 14,7% estavam insatisfeitas, 25,3% indiferentes e 60% estavam satisfeitas.

Apesar dos resultados positivos terem se mostrado expressivos para ambas as categorias, com grande percentual de mulheres ativas ou muito ativas satisfeitas com seu sono, não houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 2,562$; $p = 0,057$).

No estudo realizado por Mazo (2003), com mulheres idosas de Florianópolis, SC, o subdomínio satisfação com o sono também não apresentou correlação com o nível de atividade física, de forma similar aos resultados encontrados junto às idosas de Marechal Cândido Rondon.

Tabela 12

Associação entre locomoção e o NAF

Capacidade de Locomoção/funcionalidade		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Muito ruim/ruim	N	8	3	11
	Ruim/muito ruim	72,7%	27,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	10,7%	1,2%	3,4%
Nem ruim/nem boa	N	10	16	26
	Nem ruim/nem boa	38,5%	61,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	13,3%	6,5%	8,1%
Boa/muito boa	N	57	226	283
	Boa/muito boa	20,1%	79,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	76,0%	92,2%	88,4%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 19,25; p = 0,0001$$

A capacidade de locomoção/funcionalidade (Tabela 12) mostrou-se associada ao NAF ($\chi^2 = 19,25$; $p = 0,0001$). Dentre as mulheres que declararam apresentar boa ou muito boa capacidade de locomoção 79,9% eram ativas ou muito ativas e 20,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Entre as mulheres que declararam ter capacidade de locomoção nem ruim nem boa, 61,5% eram ativas ou muito ativas e 38,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres com capacidade de locomoção ruim ou muito ruim, 27,3% eram ativas ou muito ativas e 72,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas 92,2% responderam ter boa ou muito boa capacidade de locomoção/funcionalidade, 6,5% eram indiferentes e 1,2% estavam insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 76,0% responderam ter boa ou muito boa capacidade de locomoção/funcionalidade, 13,3% eram indiferentes e 10,7% estavam insatisfeitas.

A idéia de que a incapacidade funcional e a dependência estão associadas à velhice não é um fato universal. Em estudo epidemiológico realizado em vários países, Gatz (1995) encontrou apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos apresentando incapacidade acentuada e alto grau de dependência, contra 20% que apresentaram um leve grau de incapacidade. As mesmas pesquisas revelaram ainda que 13% dos idosos entre 65 e 74 anos e 25% dos que estavam entre 75 e 84 anos é que apresentavam capacidade moderada. Somente os idosos acima de 85 anos é que apresentavam, aumentada em quatro vezes, a sensibilidade à incapacidade em relação aos 65 anos.

De forma similar, porém considerando as diferenças metodológicas entre o estudo de Gatz realizado com idosos de ambos os sexos, os resultados das mulheres que participaram da pesquisa no município de Marechal Cândido Rondon, PR, também demonstraram baixo percentual (3,4%) de insatisfação com a capacidade funcional. Reforçando, desta forma, que a idéia de incapacidade funcional não pode ser ligada à idade como um fato universal.

A funcionalidade está relacionada com a capacidade de realização das atividades da vida diária (AVD) e das tarefas instrumentais da vida diária (AIVD), este conjunto de atividades quando podem ser realizadas pelos idosos representam grande satisfação, pois representam independência e autonomia (Andreotti & Okuma, 1999).

Tabela 13**Associação entre desempenho de Atividades e o NAF**

Satisfação com a capacidade de desempenho de atividades		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	5	5	10
	Insatisfeitas	50,0%	50,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	6,7%	2,0%	3,1%
Indiferente	N	13	27	40
	Indiferentes	32,5%	67,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	17,3%	11,0%	12,5%
Satisfeita	n	57	213	270
	Satisfeitas	21,1%	78,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	76,0%	86,9%	84,4%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 6,45; p = 0,037$$

Considerando a amostra total, no subdomínio satisfação com desempenho de atividades do dia-a-dia e o NAF, das mulheres satisfeitas, 78,9% eram ativas ou muito ativas e 21,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres indiferentes com a capacidade de desempenho de atividades, 67,5% eram ativas ou muito ativas e 32,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres insatisfeitas, 50% eram ativas ou muito ativas e 50% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas ou muito ativas, 2% estavam insatisfeitas, 11% eram indiferentes e 86,9% estavam satisfeitas com a capacidade de desempenho de atividades. Dentre as de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 6,7% estavam insatisfeitas, 17,3% eram indiferentes e 76,0% estavam satisfeitas com a capacidade de atividades.

Associando-se a satisfação com desempenho de atividades do dia-a-dia e o NAF, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa (χ^2 6,45; $p = 0,037$).

A independência física e a autonomia dependem do nível de atividade física (Faria Júnior, 1997). Verificou-se no presente estudo que a satisfação com a capacidade de desempenho de atividades na vida diária (AVD) está relacionada com o nível de atividade

física, pois alto percentual (76, 6%) de mulheres foram classificadas como ativas ou muito ativas, o que comprova com dados a afirmação apresentada pelo autor.

Tabela 14

Associação entre a satisfação com a capacidade de trabalho e o NAF

Satisfação com a capacidade de trabalho		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	n	8	6	14
	Insatisfeitas	57,1%	42,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	10,7%	2,4%	4,4%
Indiferente	n	15	21	36
	Indiferentes	41,7%	58,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	20,0%	8,6%	11,3%
Satisfeita	n	52	218	270
	Satisfeitas	19,3%	80,7%	100,0%
	NAF em duas categorias	69,3%	89,0%	84,4%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 17,957; p = 0,0001$$

No subdomínio satisfação com a capacidade de trabalho (Tabela14) verificou-se que dentre as mulheres satisfeitas com a capacidade de trabalho, 80,7% eram ativas ou muito ativas e 19,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que se declararam indiferentes, 58,3% eram ativas ou muito ativas e 41,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das insatisfeitas, 42,9% eram ativas ou muito ativas e 57,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas ou muito ativas 89% estavam satisfeitas 8,6% eram indiferentes e 2,4% estavam insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 69,3% estavam satisfeitas, 20,0% eram indiferentes 10,7%

estavam insatisfeitas. Na associação do NAF com a capacidade de trabalho, observou-se que houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 17,957$; $p = 0,0001$).

De acordo com Coury (1993), nas últimas décadas a relação entre qualidade de vida e a satisfação no trabalho tem sido objeto de grande número de estudos e revisões teóricas.

A satisfação com a capacidade de trabalho está relacionada com a manutenção da capacidade funcional (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003), que no presente estudo mostrou resultados positivos. Estes resultados se apresentam como importante indicador de qualidade de vida.

Na presente pesquisa, observou-se também uma alta associação entre a satisfação com a capacidade de trabalho e de realização das tarefas do cotidiano com a satisfação pessoal, o que demonstra a importância dada à capacidade de autogerenciamento da própria vida na idade mais avançada.

Tabela 15

Associação entre necessidade de tratamento médico e o NAF

Necessidade de tratamento médico		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	n	33	132	165
	Nada/muito pouco	20,0%	80,0 %	100,0%
	NAF em duas categorias	44,0%	53,9%	51,6%
Mais ou menos	n	11	65	76
	Mais ou menos	14,5%	85,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	14,7%	26,5%	23,8%
Bastante	n	31	48	79
	Bastante	39,2%	60,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	41,3%	19,6%	24,7%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 8,29; p = 0,0001$$

No subdomínio necessidade de tratamento médico (Tabela 15), dentre as mulheres que necessitam de bastante tratamento médico, 60,8% eram ativas ou muito ativas e 41,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das que necessitavam mais ou menos de tratamento médico, 85,5% eram ativas ou muito ativas e 14,5% eram sedentárias ou

insuficientemente ativas. Das que necessitavam de nada ou pouco tratamento médico, 80% eram ativas ou muito ativas e 20% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 19,6% necessitavam de bastante, 26,5% mais ou menos e 53,9% nada ou pouco tratamento médico. Do total de mulheres sedentárias e insuficientemente ativas 41,3% necessitavam de bastante, 14,7% mais ou menos e 44,0% muito pouco ou nada tratamento médico.

Com relação à necessidade de tratamento médico, as mulheres ativas e muito ativas necessitavam de menos tratamento médico que as mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, indicando, portanto associação estatisticamente significativa entre o subdomínio e o NAF($\chi^2 = 8,29$; $p = 0,0001$).

As idosas do Município de Marechal Cândido Rondon se mostraram, em 76,6%, ativas fisicamente. Estes resultados refletem-se na saúde, onde 53,9% das mulheres não necessitavam ou necessitavam de pouco tratamento médico.

Esta constatação está de acordo com autores como Vitta (2000) e Nahas (2001), onde explicam que, um estilo de vida ativo na velhice pode reduzir os custos com cuidados com a saúde e atendimento social, diminuir o estresse e aumentar a resistência contra as doenças.

Os resultados no domínio físico demonstraram que houve associação estatisticamente significativa na maioria dos subdomínios e o NAF. Dentre os subdomínios estavam a dor funcional, a energia para o dia-a-dia, a capacidade de locomoção, a capacidade de trabalho, a satisfação com o desempenho de atividades do dia-a-dia e a necessidade de tratamento médico. Somente a satisfação com o sono não apresentou associação significativa com o NAF.

Considerando que o envelhecimento pode diminuir a capacidade funcional e, conseqüentemente, reduzir a qualidade de vida, e que um dos fatores de envelhecimento é o fenômeno do desuso, é recomendado o envolvimento em atividades físicas e mentais agradáveis e estimulantes. As atividades físicas representam uma espécie de antídoto que pode reduzir os efeitos do envelhecimento e manter a autonomia do idoso (Nahas, 2001).

4.1 – Caracterização da associação entre os subdomínios do domínio psicológico e o NAF

Do domínio psicológico da qualidade de vida, fazem parte os subdomínios:

capacidade de concentração, satisfação com a aparência física, sentido da vida, satisfação pessoal, presença de sentimentos negativos e o quanto aproveitam a vida.

Tabela 16

Associação entre a capacidade de concentração e o NAF

O quanto estavam satisfeitas com a capacidade de concentração		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	8	10	18
	Nada/muito pouco	44,4%	55,6 %	100,00%
	NAF em duas categorias	10,7%	4,1%	5,6%
Mais ou menos	N	28	63	91
	Mais ou menos	30,8%	69,2%	100,0%
	NAF em duas categorias	37,3%	25,8%	25,8%
Bastante	N	39	171	210
	Bastante	18,6%	81,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	52,0%	70,1%	65,8%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 9,86$; $p = 0,007$

Dentre as mulheres que declararam ter bastante capacidade de concentração, 81,4% eram ativas ou muito ativas e 18,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Já das mulheres com capacidade média (mais ou menos) de concentração, 69,2% eram ativas ou muito ativas e 30,8% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que declararam nada ou muito pouca capacidade de concentração, 55,6% se declararam ativas ou muito ativas e 44,4% sedentárias ou insuficientemente ativas.

Verificou-se que, do total de mulheres ativas e muito ativas, 70,1% declararam bastante capacidade de concentração, 25,8% mais ou menos e 4,1% nada ou muito pouco. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 52% declararam bastante capacidade de concentração, 37,3% mais ou menos e 10,7% nada ou pouco.

Quando se analisou a associação entre o NAF e a capacidade de concentração, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9,86$; $p = 0,007$).

A inteligência e o uso da habilidade intelectual dependem do contexto em que as pessoas vivem. Não existe uma única resposta para as mudanças cognitivas que ocorrem com o avançar da idade. A inteligência é usada para ajustar o indivíduo às mudanças do ambiente (Svensson, 1991). Em pesquisa longitudinal realizada nos Estados Unidos, sobre a qualidade da habilidade intelectual entre a idade de 60 e 70 anos por Schaie (1983), quando encontrou declínios, estes estavam relacionados com habilidades específicas ou na inteligência fluída.

Na pesquisa realizada em Marechal Cândido Rondon, PR, embora sejam observadas diferenças metodológicas, as mulheres apresentaram resultados positivos na caracterização da capacidade de concentração (66%) estavam muito satisfeitas, havendo uma diferença significativa entre as que eram ativas e as insuficientemente ativas.

As diferenças na capacidade de concentração observadas entre as mulheres ativas e insuficientemente ativas levam a reforçar a importância de um estilo de vida ativo, pois os benefícios da atividade física, a partir da meia idade, na perspectiva individual podem ser fisiológicos, psicológicos e sociais. Dentre os benefícios psicológicos estão a melhoria cognitiva, que inclui a capacidade de concentração (Nahas, 2001).

Tabela 17**Associação entre a satisfação com a aparência física e o NAF**

Satisfação com a aparência física		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouca	n	4	7	11
	Nada/muito pouca	36,4%	63,6%	100,00%
	NAF em duas categorias	5,3%	2,9%	34%
Mais ou menos	n	9	25	34
	Mais ou menos	26,5%	73,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	12,0%	10,2%	10,6%
Bastante	n	62	213	275
	Bastante	22,5%	77,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	82,7%	86,9%	85,9%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 1,22; p = 0,517$$

Com relação ao subdomínio satisfação com a aparência física (Tabela 17), das mulheres bastante satisfeitas com a aparência física, 77,5% eram ativas ou muito ativas, 22,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas, dentre as que estavam mais ou menos satisfeitas, 73,5% eram ativas ou muito ativas e 26,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que estavam insatisfeitas 63,6% eram ativas ou muito ativas e 36,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 86,9% estavam bastante satisfeitas com sua aparência física, 10,2% mais ou menos e 2,9% nada ou muito pouco. Do total de mulheres sedentárias e insuficientemente ativas 82,7% estavam bastante satisfeitas, 12,0% mais ou menos e 5,3% nada ou muito pouco.

Quando se analisou o NAF e sua associação com a satisfação da aparência física, verificou-se que não houve relação estatisticamente significativa. Os dados de caracterização demonstraram que 85,9% das mulheres da amostra estavam satisfeitas com sua aparência física, embora seus corpos tenham sofrido transformações provocadas pelo envelhecimento e a aparência física tenha se modificado.

Dentre os benefícios em se manter ativo, também em idade mais avançada, está a melhora da auto-imagem e da auto-estima (Mazo et al., 2001).

A aparência física é bastante valorizada pelos meios de comunicação, mas, algumas pesquisas mostram que quando se busca um relacionamento significativo, ela não é um fator importante. O que cada um pode trazer de bom para o relacionamento, suas qualidades, seus valores, sua capacidade de ouvir e compreender o outro são fatores muito mais atraentes do que a perfeição da aparência física (Erbolato, 2000). A autora enfatiza também que a auto-estima está relacionada com a capacidade de resolução dos problemas com os quais o ser humano se defronta, o que leva a um sentimento de auto-eficácia, que significa que a pessoa acredita e confia na capacidade para gerenciar a própria vida.

Tabela 18

Associação entre o sentido da vida e o NAF

Sentido da vida		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	n		1	1
	Nada/muito pouco		100,0%	100,00%
	NAF em duas categorias		0,4%	0,3%
Mais ou menos	n	6	23	29
	Mais ou menos	20,7%	79,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	8,0%	9,4%	9,1%
Bastante	n	69	220	289
	Bastante	23,9%	76,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	92,0%	90,2%	90,6%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 0,31; p = 0,796$$

No subdomínio sentido da vida (Tabela18), dentre as mulheres que declararam bastante sentido na vida, 76,1% eram ativas ou muito ativas e 23,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das que estavam mais ou menos satisfeitas, 79,3% eram ativas ou muito ativas 20,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Somente uma mulher ativa declarou ter nada ou muito pouco sentido na vida.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 90,2% responderam ter bastante sentido na vida, 9,4% mais ou menos e 10,4% nada ou muito pouco. Das mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 92,0% responderam ter bastante sentido na vida, 8,0% mais ou menos.

Quando se associou o NAF com a variável sentido da vida, verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa.

O sentido da vida está ligado aos relacionamentos pessoais, ao crescimento pessoal, ao sucesso, ao altruísmo, à criatividade, à religião e ao legado (Prager, 1997). A afirmação do autor pode ser ilustrada através dos resultados obtidos na caracterização das mulheres idosas que indicam bastante sentido na vida (espiritualidade), tanto nas mulheres ativas quanto nas insuficientemente ativas. Ressaltam-se os resultados positivos importantes na satisfação pessoal e nos relacionamentos pessoais, nos sentimentos positivos (aproveitar a vida), na ausência de sentimentos negativos e na capacidade de realização de tarefas do dia-a-dia e na satisfação com a saúde que contribuíram para o sentimento de sentido na vida.

Em estudo realizado com mulheres idosas, na cidade de Florianópolis, SC, Mazo (2003) encontrou resultados semelhantes ao da presente pesquisa, onde o sentido da vida estava relacionado com a satisfação com a saúde, ao aproveitar a vida e a ausência de sentimentos negativos.

Tabela 19**Associação entre sentimentos negativos e o NAF**

Sentimentos negativos (ansiedade, mau-humor, depressão)		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nunca	N	70	213	283
	Nunca	24,3%	75,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	93,3%	86,9%	88,8%
Frequentemente	N	3	24	27
	Frequentemente	11,1%	88,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	4,0%	9,8%	8,4%
Sempre	N	2	8	10
	Sempre	20,0%	80,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	2,7%	3,3%	3,1%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 1,49; p = 0,270$$

Ao analisar o subdomínio presença de sentimentos negativos, das mulheres que declararam apresentar nunca sentimentos negativos (ansiedade, mau-humor, nervosismo, depressão), 75,3% eram ativas ou muito ativas, enquanto 24,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres que declararam apresentar frequentemente sentimentos negativos, 88,9% eram ativas ou muito ativas e 11,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das 10 mulheres que declararam sempre apresentar sentimentos negativos, 80% eram ativas ou muito ativas e 20% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Tomando-se o total de mulheres ativas e muito ativas 86,9% responderam que nunca possuíam tais sentimentos, 9,8% frequentemente e 3,3% sempre. Das mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 93,3% responderam nunca possuir sentimentos negativos, 4,0% frequentemente e 2,7% sempre. A frequência de sentimentos negativos não se mostrou associada ao NAF ($\chi^2 = 1,49; p = 0,270$), embora um grande percentual (75,3%) de mulheres ativas ou muito ativas tenha declarado nunca apresentar tais sentimentos.

Ao comparar-se os dados de caracterização da amostra, o percentual de mulheres que apresentaram respostas positivas aos subdomínios de sentido da vida, de satisfação

pessoal foi expressivo o que contribuiu favoravelmente para as respostas positivas relacionadas a não presença de sentimentos negativos. Desta maneira comprova-se através dos resultados que as idosas que possuem uma visão positiva sobre si (auto-estima e auto-imagem), que estão satisfeitas pessoalmente (auto-eficácia) e que encontram sentido na vida, também avaliam positivamente sua qualidade de vida.

Tabela 20

Associação entre satisfação pessoal e o NAF

Satisfação pessoal		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	2	2	4
	Nada/muito pouco	50,0%	50,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	2,7%	0,8%	1,3%
Indiferente	N	7	7	14
	Mais ou menos	50,0%	50,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	9,3%	2,9%	4,4%
Satisfeita	N	66	236	302
	Bastante	21,9%	78,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	88,0%	96,3%	94,4%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 6,660; p = 0,024$$

No subdomínio de satisfação pessoal (Tabela 20), verificou-se alto percentual de mulheres satisfeitas consigo mesma. Dentre as mulheres que declararam satisfação pessoal, 78,1% eram ativas ou muito ativas enquanto 21,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das que eram indiferentes com a satisfação pessoal, 50% eram ativas ou muito ativas e 50% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres insatisfeitas consigo, 50%0 eram ativas ou muito ativas e 50% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 96,3% estavam satisfeitas, 2,9% eram indiferentes e 0,8% estavam insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 88,0% estavam satisfeitas, 9,3% eram indiferentes e 2,7% estavam insatisfeitas.

A satisfação pessoal mostrou associação ao NAF ($\chi^2 = 6,66$; $p = 0,024$). Os resultados demonstraram que as mulheres ativas apresentaram resultados mais positivos na satisfação pessoal em relação às insuficientemente ativas.

Além do nível de atividade física habitual das mulheres da amostra ter sido positivo (76,6%), outros indicadores se mostraram positivos, e são igualmente destacados como importantes para a percepção de satisfação pessoal, dentre eles estão a satisfação com a capacidade de desenvolver atividades no dia-a-dia, que esta ligada ao sentimento de ainda poder ser útil na família e sociedades. A satisfação com a saúde é importante indicador na satisfação pessoal e na avaliação positiva de qualidade de vida.

Os resultados obtidos confirmam a idéia de que o autojulgamento positivo, considerando-se competente, capaz de desenvolver atividades na vida diária, poder ter participação na sociedade, ser capaz de atingir objetivos de vida, de viver de acordo com os princípios nos quais a pessoa acredita, ter relações pessoais significativas é fator de satisfação pessoal e importante indicador de qualidade de vida (Erbolato, 2000).

Tabela 21

Associação entre aproveitar a vida e o NAF

O quanto aproveitam a vida		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	7	13	20
	Nada/muito pouco	35,5%	65,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	9,3%	5,3%	6,3%
Mais ou menos	N	22	58	80
	Mais ou menos	27,5%	72,5%	100,0%
	AF em duas categorias	29,3%	23,7%	25,0%
Bastante	N	46	174	220
	Bastante	20,9%	79,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	61,3%	71,0%	68,8%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 3,00; p = 0,222$$

Ao analisar a subdomínio o quanto aproveitavam a vida (sentimento positivo) (Tabela 21), verificou-se que das mulheres que declararam aproveitar bastante a vida, 79,1% eram ativas ou muito ativas enquanto que 20,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres que declararam aproveitar mais ou menos a vida, 72,5% eram ativas ou muito ativas e 27,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as que declararam não aproveitar ou aproveitar muito pouca a vida, 65% eram ativas ou muito ativas e 35,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 71,0% aproveitavam bastante a vida, 23,7% mais ou menos e 5,3% nada ou muito pouco. Do total de mulheres sedentárias e insuficientemente ativas, 61,3% aproveitavam bastante a vida, 29,3% mais ou menos e 9,3% nada ou muito pouco. O subdomínio aproveitar a vida não se mostrou associado ao NAF ($\chi^2 = 3,00$; $p = 0,222$), embora o percentual de mulheres ativas que declararam aproveitar bastante a vida tenha sido expressivo.

Nos dados de caracterização da amostra a satisfação com o aproveitar a vida apresentou percentuais positivos de 68,7%. Entretanto sabe-se que os fatores que contribuem para que as pessoas possam aproveitar suas vidas são múltiplos e dependem da percepção individual.

Como indicadores importantes aponta-se a boa funcionalidade, as oportunidades de lazer, o meio de transporte e a renda. No presente estudo a renda das mulheres não foi um fator que influenciou de maneira decisiva nas respostas positivas dos demais indicadores de qualidade de vida.

Dentre os subdomínios que compõem o domínio psicológico, verificou-se que existia associação positiva com o NAF no subdomínio de capacidade de concentração. Os subdomínios de satisfação com a aparência física, o sentido da vida e a presença de sentimentos negativos não apresentaram associação com o NAF, estando mais ligados a outros fatores (que se encontram analisados em cada subdomínio em particular) embora alto percentual de mulheres ativas tenham apresentado respostas positivas para os subdomínios. Os resultados obtidos reforçam a afirmação de Freire (2000), que enfatiza que os idosos mantêm uma visão positiva de si e da capacidade para controlar suas vidas, apesar das tensões e dificuldades inerentes ao envelhecimento.

A literatura enfatiza também a importância da boa saúde física e psicológica como determinante para a boa qualidade de vida na velhice (Vitta, 2000). Dentre os benefícios psicológicos mais importantes da vida ativa estão: o relaxamento, redução e prevenção do

estresse, melhor estado de espírito, percepção de bem-estar melhorada, melhor saúde mental (com menor risco de depressão), e a melhoria cognitiva (Nahas, 2001).

Além dos benefícios físicos da vida ativa e da atividade física, também a auto-imagem e auto-estima são desenvolvidos positivamente, contribuindo positivamente na qualidade de vida e no bem-estar mental (Fox, 1997).

A atividade física pode ser considerada como um fator importante para o desenvolvimento da autovalorização, pois se percebendo fisicamente capazes, passam a acreditar na autocompetência e tornam-se mais persistentes frente à resolução de problemas de sua vida diária (Mota, 2002).

A satisfação pessoal e com a vida é outro aspecto positivo encontrado entre as mulheres da amostra. Sendo considerado um indicador de envelhecimento bem-sucedido e fortemente ligado ao bem-estar psicológico, Freire (2000).

4.3 – Caracterização da associação entre os subdomínios do domínio social e o NAF

Do domínio social da qualidade de vida fazem parte os subdomínios: relações pessoais, satisfação sexual e suporte pessoal.

Tabela 22

Associação entre as relações pessoais e o NAF

Satisfação com as relações pessoais		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	n	1	3	4
	Insatisfeitas	25,0%	75,0%	100,00%
	NAF em duas categorias	1,3%	1,2%	1,3%
Indiferente	n	2	4	6
	Indiferente	33,3%	66,7%	100,0%
	NAF em duas categorias	2,7%	1,6%	1,9%
Satisfeita	n	72	238	310
	Satisfeitas	23,2%	76,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	96,0%	97,1%	96,9%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 0,13; p = 0,843$$

Ao analisar o subdomínio de satisfação com as relações pessoais com filhos, parentes e amigos (Tabela 21), das mulheres satisfeitas, 76,8% eram ativas ou muito ativas e 23,2% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as 6 mulheres indiferentes com as relações pessoais, 66,7% eram ativas ou muito ativas e 33,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres insatisfeitas com os relacionamentos pessoais, 75,0% eram ativas ou muito ativas e 25% era sedentária ou insuficientemente ativa.

Tomando-se o total de mulheres ativas e muito ativas, 97,1% estavam satisfeitas com as relações pessoais, 1,6% eram indiferentes e 1,2% insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 96,0% estavam satisfeitas, 2,7 % eram indiferentes e 1,3% estavam insatisfeitas com as relações pessoais.

Quando se associou o NAF à satisfação com as relações pessoais, verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,13$; $p = 0,843$) apesar de se ter observado alto percentual de mulheres satisfeitas com as relações pessoais, independentemente de serem ativas ou insuficientemente ativas.

Os resultados de caracterização dos relacionamentos pessoais da amostra apresentaram-se positivos, 96,8% das mulheres se declararam satisfeitas, também se encontrou muita satisfação com o apoio nos relacionamentos onde 94% estavam satisfeitas, o que está ligado ao sentido da vida (espiritualidade) que também mostrou resultados positivos.

As relações afetivas na família e com os amigos são fatores muito importantes na percepção de bem-estar das pessoas que envelhecem e componentes importantes para uma boa qualidade de vida e de saúde. As relações sociais são importantes indicadores de felicidade (Baldassare et al., 1984). As afirmações são reforçadas com os resultados obtidos na presente pesquisa, quando verificamos valores positivos para a satisfação com as relações pessoais, na avaliação de qualidade de vida e de saúde.

Tabela 23**Associação entre a satisfação com apoio pessoal e o NAF**

Satisfação com o suporte pessoal		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	5	1	6
	Insatisfeitas	83,3%	16,7%	100,00%
	NAF em duas categorias	6,8%	0,4%	1,9%
Indiferente	N	4	10	14
	Indiferentes	28,6%	71,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	5,4%	4,1%	4,4%
Satisfeita	N	65	234	299
	Satisfeitas	21,7%	78,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	7,8%	95,5%	93,7%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 9,902; p = 0,002$$

Com relação ao subdomínio de apoio pessoal (suporte pessoal), das mulheres satisfeitas, 78,3% eram ativas ou muito ativas enquanto que 21,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das indiferentes com o apoio pessoal, 71,4% eram ativas ou muito ativas e 28,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres insatisfeitas com o apoio pessoal, 16,7% eram ativas ou muito ativas e 83,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as 76,6% mulheres ativas e muito ativas 95,5% estavam satisfeitas, 4,1% eram indiferentes e 0,4% insatisfeitas. Enquanto que, das mulheres sedentárias e insuficientemente ativas, 87,8% estavam satisfeitas, 5,4% eram indiferentes e 6,8% estavam insatisfeitas com o apoio recebido das relações com parentes e amigos.

Quando se associou o NAF com a variável satisfação com o apoio recebido das relações com parentes e amigos, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 9,902; p = 0,002$).

O subdomínio de apoio pessoal está relacionado com os relacionamentos pessoais, ambos são elementos fundamentais do ambiente social e influenciam o comportamento de saúde e o estado de saúde das idosas (Mazo,2003).

O ambiente social influencia no nível de atividade física das pessoas. Em uma pesquisa com idosos Stahl et al. (2001) verificaram para ser ativo fisicamente, o ambiente social é importante, e os idosos que tiveram grande apoio social eram mais ativos quando comparados aos que não receberam apoio social. Este resultado reforça os resultados da presente pesquisa, onde o subdomínio de apoio pessoal esteve associado ao nível de atividade física habitual.

Tabela 24

Associação entre satisfação com a vida sexual e o NAF

Satisfação com a vida sexual		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	13	28	41
	Insatisfeitas	31,7%	68,3%	100,00%
	NAF em duas categorias	26,0%	16,6%	18,7%
Indiferente	N	10	31	41
	Indiferentes	24,4%	75,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	20,0%	18,3%	18,7%
Satisfeita	N	27	110	137
	Satisfeitas	19,7%	80,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	54,0%	65,1%	62,6%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 2,61; p = 0,266$$

Ao analisar o subdomínio satisfação com a vida sexual (Tabela 24) verificou-se que das mulheres satisfeitas, 80,3% eram ativas ou muito ativas e 19,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as indiferentes, 75,6% eram ativas ou muito ativas e 24,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das insatisfeitas 68,3% eram ativas ou muito ativas e 31,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas, 65,1% estavam satisfeitas, 18,3% eram indiferentes e 16,6% insatisfeitas. Dentre as mulheres sedentárias ou insuficientes ativas,

54,0% estavam satisfeitas, 20,0% indiferentes e 26,0% insatisfeitas. O NAF não mostrou associação com a satisfação sexual ($\chi^2 = 2,61$; $p = 0,266$).

Quanto aos dados de caracterização da satisfação sexual das mulheres participantes da pesquisa em Marechal Cândido Rondon, PR, constatou-se que 42,8% das mulheres estavam satisfeitas com a vida sexual e 25,8% não responderam. Este subdomínio apresentou o percentual mais baixo de respostas positivas.

A atividade sexual está ligada com o estado conjugal das mulheres. Nos dados de caracterização 50,3% eram casadas e 40,9% eram viúvas. De acordo com os dados, as mulheres que responderam afirmativamente eram na sua maioria casadas.

A atividade sexual e a satisfação no sexo são tidas como ingredientes fundamentais do bem-estar da mulher. As alterações na libido decorrentes da menopausa são vistas como ameaças para esse bem-estar. Apesar das dificuldades de verificação empírica, a redução ou perda do desejo sexual como consequência das alterações hormonais é considerada como um dos principais obstáculos ao bem-estar da mulher (Oliveira, 1999).

Em estudo realizado sobre a prática de atividade sexual por idosos, Anderson et al. (1998), verificou que grande parte dos idosos, na sua maioria mulheres, não possuía vida sexual ativa. Os resultados de Anderson et al. São similares aos encontrados na presente pesquisa.

A satisfação sexual é um elemento importante na boa qualidade de vida dos idosos, estudos demonstram que não há idade específica para que a atividade sexual termine, existem, no entanto fatores que influenciam no comportamento sexual dos idosos. Dentre os fatores estão as alterações fisiológicas do envelhecimento, os aspectos psicossociais e culturais e a educação (Pérez, 1994).

De modo geral os resultados obtidos no domínio social na pesquisa realizada em Marechal Cândido Rondon, PR, foram similares aos obtidos em Florianópolis, SC, por Mazo (2003). As médias obtidas nos subdomínios das duas pesquisas foram semelhantes. Nas duas pesquisas as médias para as relações pessoais e o apoio pessoal foram positivas, enquanto que para a satisfação sexual foram menores.

4.4 – Caracterização da associação entre os subdomínios do domínio ambiental e o NAF

Do domínio ambiental da qualidade de vida fazem parte os subdomínios: a percepção de segurança na vida, satisfação com a moradia, satisfação com o ambiente

físico onde vivem, renda suficiente para as necessidades, satisfação com o acesso aos serviços de saúde, oportunidades de obter informações, oportunidade de lazer e satisfação com o meio de transporte.

Na tabela 25 são apresentados os resultados referentes à associação entre o subdomínio segurança na vida e o NAF.

Tabela 25

Associação entre segurança na vida e o NAF

Segurança na vida diária		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	7	16	23
	Nada/muito pouco	30,4%	69,6%	100,00%
	NAF em duas categorias	9,3%	6,5%	7,2%
Mais ou menos	N	22	46	68
	Mais ou menos	32,4%	67,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	29,3%	18,8%	21,3%
Bastante	N	46	183	229
	Bastante	20,1%	79,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	61,3%	74,4%	71,6%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 4,0; p = 0,079$$

Das mulheres que estavam bastante satisfeitas com a segurança na vida diária, 79,9% eram ativas ou muito ativas enquanto que 20,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres mais ou menos satisfeitas, 67,6% eram ativas ou muito ativas e 32,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres, nada ou muito pouco satisfeitas, 69,9% eram ativas ou muito ativas e 30,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas, 74,4% tinham bastante percepção de segurança diária, 18,8% mais ou menos e 6,5% nada ou muito pouco. Dentre as mulheres

sedentárias ou insuficientemente ativas, 61,3% declararam bastante, 29,3% mais ou menos e 9,3% nada ou muito pouco.

O subdomínio de percepção de segurança na vida diária (Tabela 25), não se mostrou associado ao NAF ($\chi^2 = 4,0$; $p = 0,079$), embora a maioria das mulheres tenha respondido de forma positiva.

A percepção positiva de segurança é um aspecto positivo na vida das pessoas, a violência encontrada nos locais públicos das grandes cidades é um forte motivo de afastamento das pessoas de contatos diretos com ambientes que venham a favorecer a prática de atividades físicas no tempo livre (Reis, 2001).

A cidade de Marechal Cândido Rondon, PR é de pequeno porte, não apresentando os problemas de segurança dos grandes centros, embora seja uma região de fronteira, ladeada pelo Lago Artificial de Itaipu. Desta forma os resultados positivos na percepção de segurança são justificáveis pelas características apresentadas pela cidade.

Tabela 26

Associação satisfação com a moradia e o NAF

Satisfação com a moradia		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	3	5	8
	Insatisfeitas	37,5%	62,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	4,0%	2,0%	2,5%
Indiferente	N	5	11	16
	Indiferentes	31,3%	68,8%	100,0%
	NAF em duas categorias	6,7%	4,5%	5,0%
Satisfeita	N	67	229	296
	Satisfeitas	22,6%	77,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	89,3%	93,5%	92,5%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 1,52; p = 0,465$$

Dentre as mulheres satisfeitas com a moradia, 77,4% eram ativas ou muito ativas enquanto que 22,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres indiferentes com sua moradia, 68,8% eram ativas ou muito ativas e 31,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres insatisfeitas com sua moradia, 62,5% eram ativas ou muito ativas e 37,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas ou muito ativas, 93,5% se declararam satisfeitas com sua moradia, 4,5% indiferentes e 2,0% insatisfeitas. Quanto às mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 89,3% estavam satisfeitas com sua moradia, 6,7% indiferentes e 4,0% insatisfeitas.

O subdomínio satisfação com a moradia não se mostrou associado com o NAF ($\chi^2 = 1,52$; $p = 0,465$), embora a maioria das mulheres ativa ou muito ativa tenha se declaradas satisfeitas.

Os resultados na caracterização da satisfação com a moradia foram positivos, 92,5% das mulheres se declararam muito satisfeitas. A satisfação com a casa onde se vive favorece a melhor qualidade de vida e de bem-estar, onde as pessoas se sentem confortáveis, seguras e abrigadas. A casa tem uma história, cada objeto trás lembranças e significa, muitas vezes, o resultado da luta de uma vida inteira (Farias et al. 2003).

A afirmação anterior é confirmada quando relacionada com os resultados obtidos na pesquisa realizada em Marechal Cândido Rondon, PR, onde as mulheres declararam satisfação com a moradia e apresentaram alto percentual de avaliação positiva de sua qualidade de vida.

Tabela 27**Associação entre satisfação com o ambiente físico e o NAF**

Satisfação com o ambiente físico onde vivem (poluição, barulho)		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	8	20	28
	Nada/muito pouco	28,6%	71,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	10,7%	8,2%	8,8%
Mais ou menos	N	8	38	46
	Mais ou menos	17,4%	82,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	10,7%	15,6%	14,4%
Bastante	N	59	186	245
	% bastante satisfação	24,1%	75,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	78,8%	76,2%	76,8%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 0,01; p = 0,496$$

Dentre as mulheres satisfeitas com o ambiente físico onde vivem, 75,9% eram ativas ou muito ativas e 24,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres mais ou menos satisfeitas com o ambiente físico, 82,6% eram ativas ou muito ativas e 17,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres nada ou muito pouco satisfeitas, 71,4% eram ativas ou muito ativas e 28,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas, 76,2% se declararam satisfeitas, 15,6% mais ou menos e 8,2% nada ou muito pouco. Dentre as mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 78,8% se declararam satisfeitas, 10,7% mais ou menos e 10,7% nada ou muito pouco.

Ao analisar o subdomínio satisfação com o ambiente físico (poluição, barulho) verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,01; p = 0,496$).

Verificou-se, no entanto que a satisfação com ambiente onde vivem (poluição, barulho) se mostrou positivo tanto para as mulheres ativas como para as insuficientemente ativas, o que demonstrou que as mulheres percebem o ambiente onde vivem, saudável.

Condições ambientais favoráveis trazem uma série de benefícios para a qualidade de vida, dentre eles estão: a compensação de disfunções funcionais, sensoriais e

psicomotoras, prevenção de acidentes e de incapacidades, prevenção da depressão por desestruturação e despersonalização do ambiente, promoção da autonomia e desafio a independência funcional e psicossocial (Neri, 2001).

Todas as mulheres participantes da pesquisa possuíam independência funcional, o que leva a concluir que as mesmas podiam organizar seu ambiente de forma segura, cuidando da iluminação, da disposição dos móveis, de forma a tornar o cotidiano mais agradável e confortável.

Tabela 28

Associação entre renda suficiente e o NAF

Renda suficiente para as necessidades		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	14	31	45
	Nada/muito pouco	31,1%	68,9 %	100,0%
	NAF em duas categorias	18,7%	12,7%	14,1%
Mais ou menos	N	33	113	146
	Mais ou menos	22,6%	77,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	44,0%	46,1%	45,6%
Bastante	N	28	101	129
	Bastante	21,7%	78,3%	100,0%
	NAF em duas categorias	37,3%	41,2%	40,3%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 1,18; p = 0,417$$

Das mulheres estudadas que declararam que a renda mensal era suficiente (bastante), 78,3% eram ativas ou muito ativas enquanto que 21,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as que declaram que a renda era suficiente em parte (mais ou menos), 77,4% eram ativas ou muito ativas e 22,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as 45 mulheres que declararam que a renda era insuficiente (nada ou muito pouca), 68,9% eram ativas ou muito ativas e 31,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Verificou-se que, do total de mulheres ativas ou muito ativas, 41,2% estavam bastante satisfeitas, 46,1% mais ou menos suficiente e 12,7% nada ou muito pouco. Do total de 23,4% de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 37,3% estavam bastante satisfeitas, 44,0% mais ou menos e 18,7% nada ou muito pouco.

Quando se analisou o subdomínio renda suficiente para as necessidades pessoais, (Tabela 28), verificou-se que não se encontrava associado ao NAF ($\chi^2 = 1,18$; $p = 0,417$).

As condições econômicas exercem um fator importante na qualidade de vida das pessoas, a partir da renda se estabelece a independência, a estabilidade, a qualidade da habitação e dos serviços de saúde (Veras, 1995).

Nos resultados de caracterização, a satisfação com a renda apresentou um dos menores percentuais positivos, somente 40% das mulheres estavam satisfeitas, mas verifica-se que a insatisfação apresentada, não interferiu no nível de atividade física habitual e na avaliação positiva de qualidade de vida.

Tabela 29

Associação entre satisfação com o acesso aos serviços de saúde e o NAF

Satisfação com o acesso aos serviços de saúde		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	13	19	32
	Insatisfeitas	40,6%	59,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	17,3%	7,8%	10,0%
Indiferente	N	19	57	76
	Indiferentes	25,0%	75,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	25,3%	23,3%	23,8%
Satisfeita	N	43	169	212
	Satisfeitas	20,3%	79,7%	100,0%
	NAF em duas categorias	57,3%	69,0%	66,3%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 5,78$; $p = 0,038$

Dentre as mulheres satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde, 79,7% eram ativas ou muito ativas enquanto 20,3% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres indiferentes (mais ou menos) 75% eram ativas ou muito ativas e 25% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres insatisfeitas, 59,4% eram ativas ou muito ativas e 40,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as de mulheres ativas ou muito ativas, 69,0% estavam bastante satisfeitas, 23,3% eram indiferentes e 7,8% estavam insatisfeitas. Do total de 23,4% de mulheres insuficientemente ativas ou sedentárias, 57,3% estavam satisfeitas, 25,3% eram indiferentes e 17,3% insatisfeitas.

O subdomínio de satisfação com o acesso aos serviços de saúde se mostrou associado com o NAF ($\chi^2 = 5,78$; $p = 0,038$).

Dentre as mulheres estudadas em Marechal Cândido Rondon, PR, verificou-se que, entre as ativas a satisfação com o acesso aos serviços de saúde era maior que entre as insuficientemente ativas. Neste estudo deve-se levar em consideração que a cidade é de pequeno porte, onde os acessos aos serviços de saúde podem ser considerados satisfatórios.

Neste sentido, pesquisas demonstram que o acesso aos serviços de saúde oferecidos a população idosa no Brasil nem sempre são satisfatórios. Em pesquisa realizada em cidades brasileiras como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, foi constatado que o atendimento médico é precário, idosos perecem nas filas dos grandes hospitais por falta de atendimento médico, grande número de diagnósticos incorretos provocam o uso de drogas e fármacos em dosagens inapropriadas, agravando ainda mais o estado de saúde das pessoas idosas (Chaimowicz, 1997).

Tabela 30**Associação oportunidades de adquirir informações e o NAF**

Oportunidades de adquirir informações		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	18	17	53
	Nada/muito pouco	51,4%	48,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	24,0%	6,9%	10,9%
Mais ou menos	N	17	77	94
	Mais ou menos	18,1%	81,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	22,7%	31,4%	29,4%
Bastante	N	40	151	191
	Bastante	20,9%	79,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	53,3%	61,6%	59,7%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 7,86; p = 0,001$$

Dentre as mulheres que declararam ter bastante oportunidades de obter informações, 79,1% eram ativas ou muito ativas, enquanto 20,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das que declararam ter mais ou menos, 81,9% eram ativas ou muito ativas e 18,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as que declararam nada ou muito pouca, 48,6% eram ativas ou muito ativas e 51,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres ativas, 61,6% declararam bastante oportunidade, 31,4% mais ou menos e 6,9% nada ou muito pouca. Dentre as mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 53,3% declararam bastante oportunidade, 22,7% mais ou menos e 24% nada ou muito pouca.

A oportunidade de obter informações se mostrou associado ao NAF ($\chi^2 = 7,86; p = 0,001$). Neste sentido, o objetivo de obter novas informações é proporcionar melhor

qualidade de vida ao idoso, despertando-o, desenvolvendo-o, estimulando-o, trabalhando sobre suas capacidades e suas aptidões adormecidas ou não. Resgatando-se do sentido da velhice, torna o idoso um cidadão competente para entender a velhice, sentido-se cidadão prestativo. Resgatando sua cidadania, podendo assim dizer: “eu existo, eu estou aqui, eu sou uma pessoa, eu tenho direitos, tenho deveres, como as outras pessoas” (Rodrigues, 1999, p. 47).

Tabela 31

Associação oportunidades de lazer e o NAF

Oportunidades de Lazer		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Nada/muito pouco	N	21	25	46
	Nada/muito pouco	45,7%	54,3 %	100,0%
	NAF em duas categorias	28,0%	10,2%	14,4%
Mais ou menos	N	11	47	58
	Mais ou menos	19,0%	81,0%	100,0%
	NAF em duas categorias	14,7%	19,2%	18,1%
Bastante	N	43	173	216
	Bastante	19,9%	80,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	57,3%	70,6%	67,5%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 10,30; p = 0,001$$

Com relação ao subdomínio oportunidades de lazer (Tabela 31), verificou-se que das mulheres que declaram ter bastante oportunidades de lazer, 80,1% eram ativas ou muito ativas enquanto que 19,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as mulheres mais ou menos satisfeitas, 81% eram ativas ou muito ativas e 19% eram

sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres com nada ou poucas oportunidades de lazer, 54,3% eram ativas ou muito ativas e 45,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas e muito ativas, 70,6% declararam bastante oportunidades de lazer, 19,2% mais ou menos e 10,2% nada ou muito pouco. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 57,3% declararam bastante oportunidades de lazer, 14,7% mais ou menos e 28,0% nada ou muito pouco.

O NAF se mostrou associado às oportunidades de lazer, ($\chi^2 = 10,30$; $p = 0,001$). As mulheres ativas demonstraram que possuíam mais oportunidades de lazer que as insuficientemente ativas.

Embora o fator renda se relacione à oportunidade de lazer, a associação não teve tanta influência na amostra deste estudo. Observou-se que menos da metade (40%) das idosas satisfeitas com sua renda, no entanto a satisfação com as oportunidades de lazer foi mais positiva (67,5%). Estes resultados podem ser justificados pela participação das idosas nos Grupos de Convivência, onde são oferecidas algumas atividades como os jogos de mesa e o bingo.

A recreação e o lazer, em particular na velhice, podem levar o idoso a criar novos motivos para a vida, ao estabelecimento de novas metas, novos interesses, mudar o estilo de vida, podendo intervir ainda como terapia e recuperação de doenças (Brandão, 2003).

Em pesquisa envolvendo 52 idosos com idades entre 44 e 84 anos, que participavam do PROAP (Programa de Atualização Permanente) realizada na cidade de Blumenau, SC, com o objetivo de investigar o sentido do lazer e da prática de atividades recreativas na vida diária e sua influência para a qualidade de vida, no sentido de estimular a vida, de autonomia, de ressocialização e de fortalecer a auto-estima, verificou que as atividades recreativas vêm ganhando grande importância quando atribuída a preocupação com a qualidade de vida e a ocupação do tempo livre. Para 21,15% dos participantes o lazer era tudo o que lhes dava prazer e bem-estar (Brandão, 2003). Os resultados da pesquisa de Brandão quando comparados os resultados da presente pesquisa, levam a concluir que a satisfação com as oportunidades de lazer é indicador de satisfação com a qualidade de vida.

Tabela 32

Associação entre o meio de transporte e o NAF

Satisfação com o meio de transporte		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	8	13	21
	Insatisfeitas	38,1%	61,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	10,7%	5,3%	6,6%
Indiferente	N	15	19	34
	Indiferentes	44,1%	55,9%	100,0%
	NAF em duas categorias	20,0%	7,8%	10,6%
Satisfeita	N	52	213	265
	Satisfeitas	19,6%	80,4%	100,0%
	NAF em duas categorias	69,3%	86,9%	82,8%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 9,67; p = 0,002$$

Na satisfação com o meio de transporte 80,4% eram ativas ou muito ativas e 19,6% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as indiferentes, 55,9% eram ativas ou muito ativas e 44,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das insatisfeitas, 61,9% eram ativas ou muito ativas enquanto 38,1% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Dentre as mulheres ativas ou muito ativas, 86,9% estavam bastante, 7,8% eram indiferentes e 5,3% insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, 69,3% estavam bastante satisfeitas, 20,0% eram indiferentes e 10,7% insatisfeitas com o meio de transporte que utilizavam.

A satisfação com o meio de transporte mostrou-se associado ao NAF ($\chi^2 = 9,67; p = 0,002$). As mulheres ativas se mostraram mais satisfeitas que as mulheres insuficientemente ativas.

Com respeito à satisfação com o meio de transporte, a maioria das mulheres se declarou satisfeita embora não tivessem carro próprio. A satisfação observada pode estar

relacionada com a utilização do transporte urbano e com a isenção de pagamento, previsto na Constituição Brasileira de 1988.

No domínio ambiental, os subdomínios que se mostraram associados com o NAF foram a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, a oportunidade de obter informações, as oportunidades de lazer a satisfação com o meio de transporte. Enquanto que a percepção de segurança na vida, a satisfação com a moradia, a satisfação com o ambiente físico onde vivem e a renda, não se mostraram associados ao NAF.

Resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada em Florianópolis - SC, onde a partir da tendência dos resultados das medianas, foi verificado que a maioria das idosas estava satisfeita com as condições do local onde moravam, com seu meio de transporte e com o acesso aos serviços de saúde, consideravam seu ambiente físico bastante saudável, sentiam-se mais ou menos seguras na vida diária, tinham mais ou menos oportunidades de lazer, as oportunidades de obter informações e renda para suas necessidades pessoais (Mazo, 2003).

4.5 – Caracterização da associação entre a avaliação da qualidade de vida e a percepção de saúde com o NAF

Na Tabela 33 são apresentados os resultados da associação entre a avaliação da qualidade de vida e o nível de atividade física.

Tabela 33**Associação entre a avaliação da qualidade de vida e o NAF**

Avaliação da qualidade de vida		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Muito ruim/ruim	n	3	5	8
	Ruim/muito ruim	37,5%	62,5%	100,0%
	NAF em duas categorias	4,0%	2,0%	2,5%
Nem ruim/nem boa	n	26	53	79
	Nem ruim/nem boa	32,9%	67,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	34,7%	21,7%	24,8%
Boa/muito boa	n	46	186	232
	Boa/muito boa	19,8%	80,2%	100,0%
	NAF em duas categorias	61,3%	76,2%	72,7%
Total	n	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 6,26; p = 0,039$$

Na avaliação de qualidade de vida, dentre as mulheres que avaliaram como boa ou muito boa a sua qualidade de vida, 80,2% eram ativas ou muito ativas enquanto 19,8% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que avaliaram como nem ruim/nem boa a qualidade de vida, 67,1% eram ativas ou muito ativas e 32,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das mulheres que avaliaram como ruim ou muito ruim 62,5% eram ativas ou muito ativas e 37,5% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 76,2% responderam que a qualidade de vida era boa ou muito boa, 21,7% nem ruim nem boa e 2,0% ruim ou muito ruim. Do total

de mulheres sedentárias e insuficientemente ativas 61,3% responderam que a qualidade de vida era boa ou muito boa, 34,7% nem ruim nem boa e 4,0% ruim ou muito ruim. A percepção de qualidade de vida mostrou-se associado ao NAF ($\chi^2 = 6,26$; $p = 0,039$).

As mulheres que se declararam ativas, no presente estudo, apresentaram resultados de percepção de qualidade de vida mais positiva em relação às insuficientemente ativas.

Considerando as diferenças metodológicas, resultados similares foram encontrados em pesquisa realizada com mulheres nos Estados Unidos por Koltyn (2001), com uma amostra de 135 mulheres com mais de 60 anos, que viviam independentes na comunidade ou eram levemente assistidas. A percepção positiva de qualidade de vida encontrada entre os dois grupos foi significativamente diferente para as mulheres que viviam independentes e as assistidas.

Quando se associou o nível de atividade física e a qualidade de vida, foram encontradas correlações significativas entre a qualidade de vida e o gasto energético ($r=0,45$), melhor qualidade de vida e para as mulheres que realizavam atividades vigorosas ($r=0,58$). Foram encontradas também correlações entre o domínio de saúde física, a qualidade de vida e o tempo total gasto com atividades físicas ($r = 0,46$), o domínio de saúde física e o gasto energético ($r = 0,47$) e o domínio de saúde física e as atividades vigorosas ($r = 0,54$).

Em pesquisa sobre percepção de qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação global com a vida realizada por Neri (2001), envolvendo 54 mulheres com idade entre 55 e 64 anos, 65-74 anos e 75 anos ou mais que viviam na comunidade de Campinas – SP, a autora indicou seis dimensões componentes para a definição de qualidade de vida: autonomia, domínio, aceitação, crescimento pessoal, propósito e relações positivas com os outros.

A análise dos dados revelou uma pontuação alta para todas as mulheres, independentemente de idade, o grupo de 75 anos apresentou as médias mais baixas em relação ao total da amostra. Não ocorreram diferenças significativas associadas à idade. A satisfação global com a vida esteve relacionada significativamente com todos os itens de domínio, crescimento e aceitação.

Na Tabela 33 estão apresentados os resultados da associação entre a percepção de saúde e o nível de atividade física.

Tabela 34**Associação entre a percepção de saúde e o NAF**

Percepção de saúde		Classificação do NAF em duas categorias		Total
		Sedentárias ou insuficientemente ativas	Ativas ou muito ativas	
Insatisfeita	N	9	12	21
	Insatisfeita	42,9%	57,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	12,2%	4,9%	6,6%
Mais ou menos	N	18	24	42
	Mais ou menos	42,9%	57,1%	100,0%
	NAF em duas categorias	24,3%	9,8%	13,2%
Satisfeita	N	47	208	255
	Satisfeita	18,4%	81,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	63,5%	85,2%	80,2%
Total	N	75	245	320
	Total	23,4%	76,6%	100,0%
	NAF em duas categorias	100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 14,56; p = 0,0001$$

Na análise da percepção de saúde, verificou-se que das mulheres satisfeitas com a saúde, 81,6% eram ativas ou muito ativas e 18,4% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Das indiferentes (nem satisfeitas, nem insatisfeitas), 57,1% eram ativas ou muito ativas e 42,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas. Dentre as insatisfeitas, 57,1% eram ativas ou muito ativas e 42,9% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.

Do total de mulheres ativas e muito ativas 85,2% se declararam satisfeitas com sua saúde, 9,8% mais ou menos e 4,9% insatisfeitas. Do total de mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas 63,5% estavam satisfeitas, 24,3% mais ou menos e 12,2% insatisfeitas. A percepção de saúde mostrou-se associado ao NAF ($\chi^2 = 14,56; p = 0,0001$).

A percepção positiva de saúde, verificada nas mulheres mais ativas participantes deste estudo, também foi encontrado na pesquisa realizada com mulheres nos Estados Unidos, por Koltyn (2001). Com uma amostra de 135 mulheres com mais de 60 anos, que

viviam independentes na comunidade ou eram levemente assistidas, o estudo teve como componente a percepção de saúde física, indicador de qualidade de vida. Os resultados encontrados entre os dois grupos foram significativos e mais altos ($P<0,05$) nas mulheres que viviam independentes. O domínio com a maior magnitude de diferença entre os dois grupos foi a saúde física, com um efeito de tamanho de 1.3 para as mulheres ativas.

5 – Força de Ligação entre os Suddomínios da Qualidade de Vida

De acordo com a análise multivariada de caráter exploratório, utilizando-se a Análise de Cluster (Método de Ward), o dendograma a seguir apresenta a força das ligações ou a hierarquia do agrupamento (Clusters) dos subdomínios que compõem os domínios da qualidade de vida (domínio físico, psicológico, social e ambiental).

Para facilitar a análise das ligações, dividiu-se o agrupamento em grupos de subdomínios, de acordo com a força de hierarquia. Utilizou-se a nomenclatura de “forte hierarquia de agrupamento”, “média força de hierarquia de agrupamento” e “fraca hierarquia de agrupamento”.

Na análise encontrou-se 3 (três) grupos com forte hierarquia de agrupamento (grupos 1, 2 e 3), apresentou 3 (três) grupos com média força de hierarquia de agrupamento (grupos 4, 5 e 6) e 2 (dois) grupos com fraca hierarquia de agrupamento (grupos 7 e 8). Os resultados da análise hierárquica de Cluster são apresentados na Figura 4.

O dendograma, usando o Método de Ward (Figura 4), contém a apresentação das ligações nos subdomínios que compõem o domínio físico, psicológico, social e ambiental.

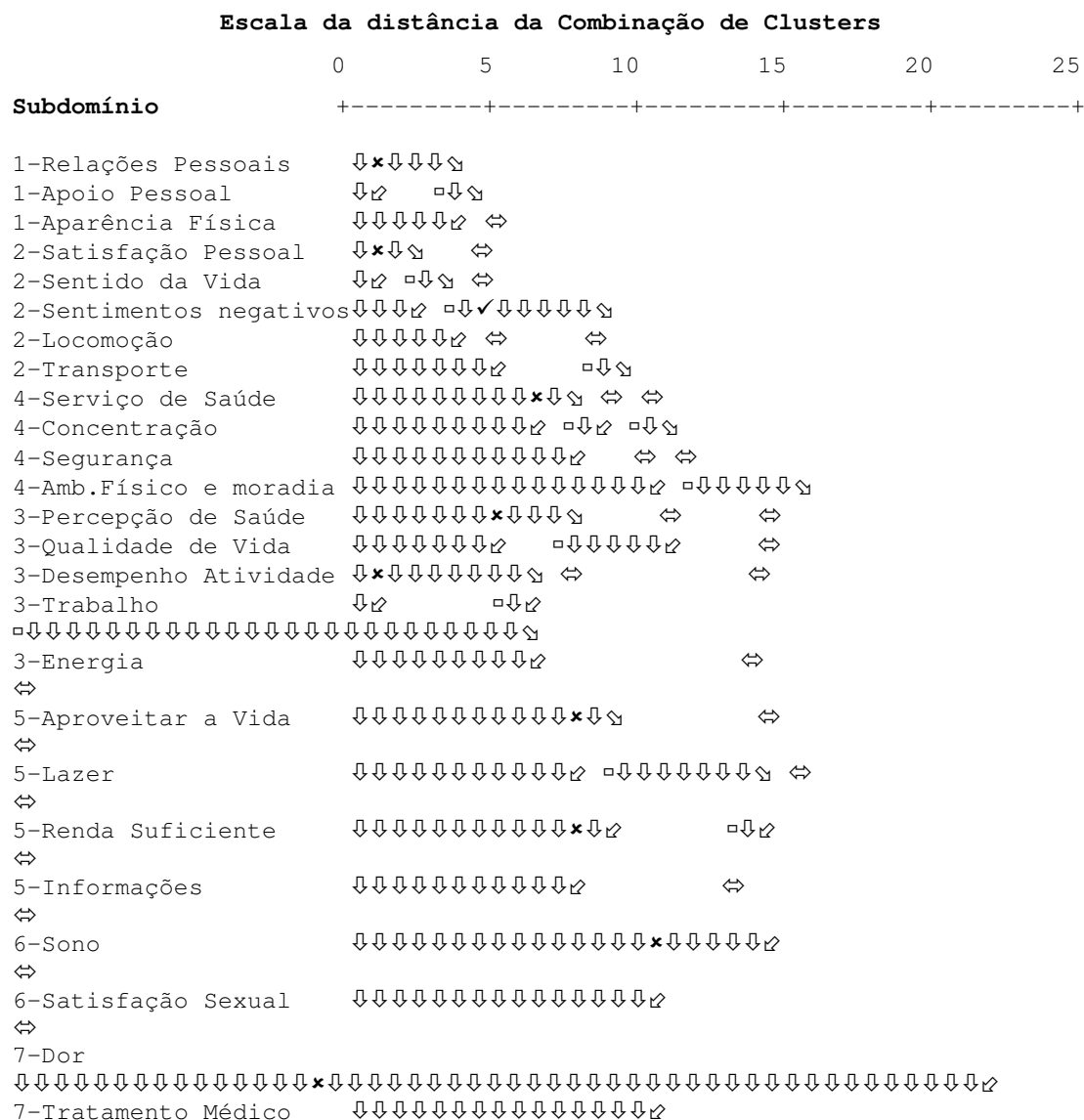


Figura 4 - Dendograma da hierarquia de agrupamento entre os subdomínios dos domínios físico, psicológico e ambiental.

Análise dos grupos de variáveis com forte hierarquia de agrupamento

Os grupos a seguir analisados apresentaram “forte hierarquia de agrupamento” entre os subdomínios, o que leva a inferir que as mulheres idosas os consideraram de grande importância na sua avaliação de qualidade de vida.

Análise dos subdomínios do grupo 1

Conforme o dendograma de hierarquia de agrupamento (Figura 4), os subdomínios de satisfação com os relacionamentos pessoais e o apoio que recebiam dos parentes e amigos, apresentou ligação forte, sendo que a satisfação com as relações pessoais esteve interligada à satisfação com a aparência física.

Análise dos subdomínios do grupo 2

Os subdomínios do segundo grupo também apresentaram ligação forte entre si. A satisfação pessoal estava ligada com o sentido da vida; os sentimentos negativos (baixa frequência) estavam ligados com a satisfação pessoal e, o sentido da vida estava ligado com a capacidade de locomoção. Todos os subdomínios deste grupo estavam interligados com a satisfação com o meio de transporte.

Análise dos subdomínios do grupo 3

No grupo três, com forte hierarquia de agrupamento, se encontravam as ligações entre a satisfação com o desempenho de atividades do dia-a-dia e a satisfação com a capacidade de trabalho. A satisfação com a capacidade de desempenho de atividades no dia-a-dia apresentou ligação com a energia suficiente para desempenhar estas atividades. Neste grupo, a satisfação com a saúde apresentou ligação forte com a avaliação de qualidade de vida. Os dois sub-grupos apresentaram ligações fortes entre si.

Os grupos que apresentaram forte hierarquia de agrupamento (1, 2 e 3), também apresentaram interligações entre si. Observou-se que os subdomínios do grupo 1 (um): satisfação com os relacionamentos pessoais, satisfação com o apoio recebido dos parentes e amigos, bem como a satisfação com a aparência física, apresentaram interligação com os subdomínios do grupo 2 (dois): satisfação pessoal, ter sentido na vida, sentimentos negativos (ausência), satisfação com a capacidade de locomoção e os meios de transporte.

Análise dos Grupos de Subdomínio com Média Força de Hierarquia de Agrupamento

Os grupos que apresentaram “hierarquia de agrupamento com força média”, demonstraram ligações entre os subdomínios com menor força, o que leva a concluir que estes subdomínios, apresentaram-se para as mulheres idosas com médio grau de importância na avaliação da percepção de qualidade de vida.

Análise dos subdomínios do grupo 4

Na análise do grupo 4 (quatro) a satisfação com o acesso aos serviços de saúde estava ligada com a capacidade de concentração, a quais se encontravam ligadas com a segurança na vida diária. A satisfação com o ambiente físico e a moradia apresentou-se dissociado da satisfação com o acesso aos serviços de saúde e a capacidade de concentração, no entanto, demonstrou interligação com os subdomínios do grupo 1 e 2.

Análise dos subdomínios do grupo 5

No grupo de subdomínios 5 (cinco), aproveitar a vida e as oportunidades de lazer estavam ligados entre si. A renda suficiente estava associada ao acesso às informações do dia-a-dia. Os dois subgrupos encontravam-se interligados.

Análise dos grupos de subdomínios com fraca hierarquia de agrupamento

Os grupos a seguir analisados apresentaram “fraca hierarquia de agrupamento”, mostrando as ligações entre os subdomínios com pouca força, o que leva a concluir que estes subdomínios possuíam menor importância na avaliação da percepção de qualidade de vida das mulheres idosas.

Análise dos subdomínios do grupo 6

Os subdomínios do grupo 6 (seis), satisfação com o sono e satisfação com a vida sexual, apresentaram ligação fraca entre si.

Análise dos subdomínios do grupo 7

Neste mesmo grupo foram considerados os subdomínios dor e desconforto e a necessidade de tratamento médico com ligação fraca. Observou-se ainda que, estes dois subdomínios estavam dissociados dos demais.

Análise das Interligações entre os grupos de subdomínios

Os grupos 1 (um) satisfação com as relações pessoais, suporte pessoal e satisfação com a aparência física; 2 (dois) ter sentido na vida, sentimentos negativos (ausência), capacidade de locomoção e a satisfação com o transporte; 3 (três) percepção de saúde e avaliação de qualidade de vida positivas, satisfação com o desempenho de atividades, satisfação com a capacidade de trabalho e a energia para o dia-a-dia; 4 (quatro) satisfação com os serviços de saúde, capacidade de concentração, segurança na vida diária e satisfação com o ambiente físico e a moradia; 5 (cinco) o quanto aproveitavam a vida, oportunidades de lazer, a renda suficiente e as oportunidades de obter informações e 6 (seis), satisfação com o sono e a vida sexual, apresentaram interligações. Os grupos 3, 5, 6 e 7 (sete) dor funcional e necessidade de tratamento médico, também apresentaram interligações.

Verificou-se que entre os indicadores de qualidade de vida das idosas participantes da pesquisa em Marechal Cândido Rondon, PR, existiu uma forte relação entre os subdomínios de relacionamentos pessoais, suporte pessoal e satisfação com a aparência física. A satisfação pessoal estava fortemente ligada ao sentido da vida (espiritualidade), com os sentimentos negativos (ausência) e a satisfação com a capacidade de locomoção. A satisfação com o desempenho de atividades, a satisfação com a capacidade de trabalho e a energia para o dia-a-dia também estavam fortemente associadas. A percepção positiva de saúde e a avaliação da qualidade de vida apresentaram grande força de ligação.

Dessa forma, os subdomínios com forte hierarquia de ligação, apresentados anteriormente, retrataram os indicadores mais importantes de qualidade de vida entre as mulheres pesquisadas. Em estudo similar, realizado em Florianópolis por Mazo (2003), os resultados encontrados demonstraram que entre as mulheres idosas participantes da pesquisa, as relações pessoais e o apoio pessoal, também foram considerados primordiais na percepção subjetiva de qualidade de vida.

No mesmo estudo, a satisfação com a aparência física (auto-imagem) e a satisfação pessoal (auto-estima) apresentaram correlação moderada entre si. Os subdomínios de satisfação com a auto-imagem e a auto-estima estavam ligados com o sentido da vida (espiritualidade).

De forma similar, as mulheres de Florianópolis, apresentaram forte ligação entre a satisfação com a capacidade para o trabalho e o desempenho de atividades no dia-a-dia e a energia (disposição).

Também nos subdomínios de satisfação com a saúde e a avaliação positiva de qualidade de vida apresentaram correlação moderada entre si, sendo que quanto maior a satisfação com a saúde, melhor era a avaliação de qualidade de vida.

Constatou-se que, os subdomínios que apresentaram força média de ligação entre si foram: a satisfação com o acesso aos serviços de saúde, a capacidade de concentração, a segurança na vida diária, a satisfação com o ambiente físico onde viviam, as oportunidades de lazer, a renda suficiente para as necessidades básicas, as oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia e o quanto aproveitavam a vida (sentimentos positivos).

Na hierarquia de agrupamento entre os subdomínios anteriormente apresentados, a tendência indicada foi para o domínio ambiental. Estes subdomínios também foram considerados como importantes indicadores de qualidade de vida entre as mulheres estudadas em Marechal Cândido Rondon, PR.

Considerando a dificuldade em encontrar estudos similares, a discussão dos resultados estará baseada no estudo de Mazo (2003). A autora encontrou correlações significativas nos subdomínios que compõem o domínio ambiental da qualidade de vida. Houve correlação entre a segurança física, satisfação com o acesso aos serviços de saúde, a renda suficiente para as necessidades, oportunidades de adquirir informações, satisfação com o ambiente físico, a moradia e a segurança na vida diária. Em relação ao estudo de Mazo (2003), o subdomínio de satisfação com o quanto aproveitam a vida (espiritualidade), não apareceu neste bloco de análise, pois os subdomínios estudados, foram somente os ambientais e, no estudo realizado em Marechal Cândido Rondon, os subdomínios foram cruzados entre si.

Com fraca hierarquia de agrupamento, apareceram os subdomínios de satisfação com o sono e com a vida sexual, a necessidade de tratamento médico e dor funcional. Embora sejam considerados componentes importantes para a qualidade de vida, na análise realizada, estes componentes não demonstraram força na hierarquia de agrupamento.

Comparando-se os resultados anteriores, com o estudo realizado por Mazo (2003), considerando as diferenças metodológicas, os subdomínios de satisfação com o sono, dor funcional e a necessidade de tratamento médico mostraram correlação moderada entre si, satisfação com a vida sexual não foi correlacionada com o domínio físico, sendo analisada no bloco de domínio social, onde não apresentou correlação significativa com os subdomínios de relações pessoais e de suporte pessoal. Os resultados são similares aos encontrados na presente pesquisa.

CAPITULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que metade das mulheres (50,6%) estava na faixa etária de 60 a 65 anos e a outra metade estava com idade acima de 65 anos. Metade das mulheres eram casadas, a grande maioria das mulheres era de ascendência alemã, possuíam nível de escolaridade baixo (Ensino Fundamental de 1ª a 4ª série) e o nível sócio-econômico foi considerado médio (Nível C, ANEP, 1997).

Ao caracterizar os domínios que compõem a qualidade de vida, verificou-se que os resultados foram positivos.

No domínio físico apesar dos resultados terem se mostrado positivos, destaca-se a presença de dor e desconforto em 40% das mulheres da amostra independentemente de serem ativas ou insuficientemente ativas. No domínio psicológico, destaca-se a capacidade de concentração, um terço (34%) das mulheres não estavam satisfeitas com sua capacidade de memória e concentração, e, um terço (31,4%) declararam não aproveitar a vida suficientemente. No domínio social, somente a satisfação com a vida sexual apresentou valores menores (42,8%) de satisfação e 25% não respondeu à questão. No domínio ambiental, um percentual considerável (41,4%) das mulheres declarou não estar satisfeitas com suas oportunidades de adquirir informações, e, um terço das mulheres não estavam satisfeitas com suas oportunidades de lazer.

Na associação entre o nível de atividade física e os subdomínios, verificou-se que as mulheres ativas sentiam menos dor, possuíam mais energia para o dia-a-dia, estavam mais satisfeitas com sua capacidade de locomoção, com a capacidade de trabalho e de desenvolver atividade no dia-a-dia e necessitavam de menos tratamento médico.

No domínio psicológico, as mulheres mais ativas demonstraram maior satisfação pessoal e melhor capacidade de concentração, aproveitavam mais a vida.

No domínio social, as mulheres mais ativas demonstraram estar mais satisfeitas com o apoio dos amigos.

No domínio ambiental, as mulheres mais ativas estavam mais satisfeitas com o acesso aos serviços de saúde, com as oportunidades de lazer e com seu meio de transporte.

A avaliação de qualidade de vida e de satisfação com a saúde foi mais positiva entre as mulheres mais ativas.

Quanto à hierarquia de ligação, constatou-se que os subdomínios que apresentaram “forte hierarquia” de agrupamento foram a satisfação com os relacionamentos pessoais e o apoio recebido dos parentes e amigos; a satisfação pessoal e o sentido da vida; a ausência de sentimentos negativos; a funcionalidade; a satisfação com o meio de transporte; a satisfação com a capacidade de trabalho e o desempenho de atividades do dia-a-dia; a satisfação com a qualidade de vida e com a saúde.

Com “média força de hierarquia” de agrupamento destacaram-se os subdomínios de acesso aos serviços de saúde, que estavam ligados com a capacidade de concentração, com a segurança na vida diária, e com a satisfação com ambiente físico e a moradia; as oportunidades de lazer e a renda suficiente que estavam ligados ao acesso de informações do dia-a-dia e à percepção de quanto aproveitavam a vida.

Com “fraca hierarquia” de agrupamento estavam os subdomínios, satisfação com o sono e satisfação com a vida sexual; dor funcional e a necessidade de tratamento, que estavam dissociados dos demais grupos de subdomínios.

Destacam-se como importantes indicadores de qualidade de vida o valor atribuído aos relacionamentos sociais, ao apoio recebido de amigos e parentes, ao sentido da vida, ao desempenho de atividades e ao trabalho. Este grupo de subdomínios está relacionado aos relacionamentos, aos valores, à espiritualidade, ao sentimento de ainda poder ser útil na família através do trabalho e de possuir independência e autonomia para gerenciar sua própria vida.

Destacam-se também como indicadores importantes para a qualidade de vida das idosas, a aparência física, a capacidade de locomoção, o transporte, o acesso aos serviços de saúde, a energia para o dia-a-dia, o lazer, o aproveitar a vida, as oportunidades de lazer, a renda e as oportunidades de obter informações. Este grupo de subdomínios encontra-se mais diversificado, apresentado relação com a satisfação pessoal e com a capacidade de realizar atividades diversas.

Diante dos resultados analisados, recomenda-se:

- a) A manutenção do nível de atividade física das mulheres ativas e muito ativas e o estímulo às mulheres sedentárias ou insuficientemente ativas, através de programas de atividade física regular;

- b) Realização de trabalho de informação sobre os benefícios de uma vida ativa e orientação para a realização de atividades físicas;
- c) Realização de atividades físicas durante os encontros nos Grupos de Convivência de Idosos, bem como orientações para que ações similares sejam realizadas diariamente, com o objetivo de manter a autonomia, a independência e a qualidade de vida;
- d) A realização de investigações semelhantes a este estudo em outras cidades, utilizando os mesmos instrumentos, para que possíveis comparações possam ser realizadas;
- e) A realização de investigações semelhantes a este estudo, utilizando os mesmos instrumentos, também com mulheres que não participam dos Grupos de Convivência de Idosos; e,
- f) A realização de investigação semelhante a este estudo, utilizando os mesmos instrumentos, também com homens idosos, no município de Marechal Cândido Rondon.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, M. I.; Assis, M.; Pacheco, L.C.; Menezes, I. S.; Silva, E. A.; Duarte, T.; Storino, F.; Motta, L. (1998). Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Equipe de saúde na UnATI/ Núcleo de Atenção ao Idoso. **Disponível [www. Unati.uerj.Br](http://www.Unati.uerj.Br)**.
- Andrade, E. L., Matsudo S. M. M., Anda, R. F., Araújo, T. L., Andrade, D. R., Oliveira, L. C. & Figueira, A. J. (2000). Barriers and motivational factors for physical activity adherence in elderly people in developing country [abstract]. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), 141.
- Andrade, C. M. (1999). Velho e sociedade.Santa Maria: *Caderno Adulto*, (3), 79-91.
- Andreotti, R. A. & Okuma S. S. (1999). Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*. São Paulo, 13 (1), 46-66, jan./jun.
- ANEP (1997). Critério de Classificação Econômica Brasil. **Disponível: www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb_**
- Backett, K. (1992). The constrution of health knowledge in midle class families. *Health Education Research; Theory & Practice*. Volume (7), 497-507.
- Baldassare, M. Rosenfield, S., e Rook, K. (1984). The types of social relations predicting elderly well-being. *Res. Aging*. v. 6, n. 4 , 549-559.
- Barbetta, P. A. (2002). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. 5ª. Ed. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Barros, M. V. G. & Reis, R.S. (2003). *Análise de dados em atividade física e saúde: demonstrando a utilização do SPSS*. Londrina: Midiograf.
- Berquó, E. (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população do Brasil. In Néri, A. L. & Debert, G. G. (orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus.
- Birren, J. E.; Schaie, K. W. e Schroots, J. F. (1996). History, concepts and theory in the psychology of aging. In Birren, J.E. e Schaie, K. W. (orgs.) *Handbook of the psychology of aging*. 5ª ed. San Diego: Academic Press.
- Bouchard, C. et al. (1993). *Physical Activity, Fitness, and Health Consensus Statement* / (edited by) Claude Bouchard, Roy J. Shepard, Thomas Stefens. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Braine, C. (1995). *La calidad de vida, aún por definir*. In: Foro Mundial de La Salud. Volume 16.

- Brandão, J. S. (2003). Lazer na maturidade: um caminho para a qualidade de vida. In Silva, M. D. [et al.]. *A vida na maturidade: uma contribuição à educação permanente*. Blumenau, SC: Nova Letra.
- Capitanini, M. E. S. (2000). Solidão na Velhice: realidade ou mito? In: Néri, A.L. & Freire, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christensen, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, (100), 126-131.
- Cendes, I. L. (2001). Fatores genéticos do envelhecimento. In Néri. A. L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. Volume 31(2), 184-200.
- Chopra, D. (1994). *Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento*/ trad. De Haroldo Netto.- Rio de Janeiro: Rocco.
- Debert, G. G. (1998). Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In Myrian Moraes Lins de Barros (Org.). *A Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política* – Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- Dias, J. F. S. (1999). Diagnóstico da situação do idoso em Santa Maria (RS) e sua relação com a formação de profissionais pelo Centro de Educação Física e Desportos (CEFD) da UFSM. *Caderno Adulto*, (3), 15-42.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and older age: An international analysis. In Schaie, K. W. e Lawton, M. P. (orgs.). *Annual Review of Gerontology and geriatrics. Focus on emotion and adult development*. Volume (17), 304-324. Nova York.. Springer.
- Estudo da Evolução Socioeconômica, desde 1940, da População Brasileira com mais de 65 anos. **Disponível:** <http://www.consultapopular.hpg.ig.com.br/bd/bd2.htm>
- Erbolato, R. M. P. L. (2000). Gostando de si mesmo: a auto-estima. In Neri, A.L. & Freire, S. A. (organizadoras). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Ermida, J. G. (1999). Processo de envelhecimento. In: Costa, Maria Arminda Fernandes et al. *O idoso - problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.
- Faria Júnior, A. (1997). *Atividades físicas para a terceira idade*. Brasília: SESI-DN.
- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In Fox, K. R. (ed). *The physical self-from motivation to well-being*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

- França, L. H. & Soares, N. E. (1997). A Importância das Relações Intergeracionais na quebra de Preconceitos sobre a velhice. In Veras, Renato Peixoto (org). *Terceira Idade: Desafios para o terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In Neri, A.L. & Freire, S. A. (orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2).
- Filipetto, M. C. (1999). Novas dimensões da velhice: despertar pela ludicidade. *Caderno Adulto*, (3), 121-124.
- Freire, S. A. & Resende, M. C. (2001). Sentido de vida e envelhecimento. In Neri A. L. (2001). *Maturidade e velhice: Trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, SP: Papirus.
- Furtado, E. S. (1997). Terceira Idade: enfoques múltiplos. *Motus Corporis*, 4(2), 121-147.
- Goldstein, L. L. e Neri, A. L. (1993). Tudo bem, graças a Deus, religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In Neri, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*: Campinas, SP: Papirus.
- Gobbi, S. (1997). Atividade física para pessoas idosas e recomendações da organização mundial de saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Londrina, 2(2), 41-49.
- Gubiane, G. L. (2000). Envelhecer com qualidade. Santa Maria: *Caderno Adulto*, (4) 233-238.
- Guimarães, A. C de A., Simas, J.P., Farias, S.F. (2003). Importância da atividade física sistematizada no ambiente dos asilos. In Simas, J. P. N., Souza, E. R. (Orgs.) *Educação Física: o ambiente e o bem-estar dos idosos*. Florianópolis, SC: Imprensa Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Guimarães, R. M. (1994). É possível retardar o envelhecimento? In Maria Laís Mousinho Guidi e Maria Regina de Lemos Prazeres Moreira (Orgs.). *Rejuvenescer a Velhice: Novas Dimensões da Vida* – Brasília: Editora de Brasília.
- _____. (1994) Coração: Seu Amigo do Peito. In *Rejuvenescer a Velhice: Novas Dimensões da Vida*. Maria Laís Mousinho Guidi e Maria Regina de Lemos Prazeres Moreira (Orgs.). – Brasília: Editora de Brasília.
- Heikkinen, R. L. (1998) *The role of physical activity in healthy aging*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Ageing and Health Programme.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Portugal: Edições Líbano.

- Koltyn, F. L. (2001). The association between physical activity and quality of life in older women. *Women Health Issues*. Volume (11), N° 6. Novembro/Dezembro. Madison, Wisconsin.
- Lawton, P. M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. e Deutchmann, D. E. (Orgs.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press.
- IBGE. (2000). *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
- INEP. (2000). *Indicadores do censo demográfico de 2000 e do censo escolar de 2000*.
- Yusuf, H. R., Crotf, J. B., Giles W. H., Anda, R. F., Casper, M. L., Caspersen, C.J., Jones, D. A. (1996). Leisure-time physical activity among older adults. *Arquivo Internacional de Medicina*, 156:1321-6.
- Matsudo, S. M., Matsudo V. K. R. & Barros, T. L. N. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5 (2), 60-76.
- Matsudo, S. M., Matsudo V. K. R. & Barros, T. L. N. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), 2-13.
- Matsudo S. M., Araújo, T., Matsudo V., Andrade D., Andrade, E., Oliveira, L. C. & Braggion, G. (2001). Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 6(2), 05-18.
- Mazzeo, R. S., Cavanagh, P., Evans, W. J., Fiatarone, M. A., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). ACSM Position Stand: Exercise And Physical Activity For Older Adults. *Medicine Science and Exercise*, 30 (6), 992-1008. OVID.
- Mazo, G. Z., Lopes M.A., Benedetti T.B. (2001). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.
- Mazo, G. Z. (2003). Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. Tese de Doutorado. Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Portugal.
- McMurdo, M. E. T. (2000, 11 de abril). A healthy Old Age: Realistic or Futile Goal? *British Medical Journal*, (321) 1149-1152.
- McAuley, E. & Rudolph D. (1995). Physical Activity, Aging, and Psychological Well-being. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3(1), 76-96.
- Mota, J. & Carvalho J. (s/d). *Programas de atividade física*. Editores Jorge Mota, Joana Carvalho. Impressão Converte Artes Gráficas.

- Mota, J. (2002). Envelhecimento e exercício – actividade física e qualidade de vida na população idosa. In: Barbanti, V.J.; Bento, J. O., A. T.; Amandio, A. C. (Orgs.). *Esporte e Actividade Física: interação entre rendimento e qualidade de vida*. São Paulo: Manole.
- Nahas, M. V. (2001) *A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2 ed. – Londrina: Midiograf.
- Negrine, A. (1999). Instrumentos de coleta de dados de informações na pesquisa qualitativa. In Molina, N. *Pesquisa qualitativa na educação física – alternativas metodológicas*. Porto Alegre: Ed. UFRGS/Sulina.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*: Campinas, SP: Papirus.
- _____. (2001). O fruto dá sementes: Processo de amadurecimento e envelhecimento. In Néri A. L (Org.). *Maturidade e velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Nieman, D. C. (1998). *The exercise health connection*. Champaign, IL: Human Kinetics
- _____. (1999) *Exercise testing and prescription: a health-related approach* / - 4 ed. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Nóbrega, A. C. L., Freitas E.V., Oliveira M.A.B. Leitão M.B., Lazzoli JR & Nahas R.M. et al. (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade física e saúde do idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 5(6), 207-11.
- Novaes, M. H. (1997). *Psicologia da Terceira Idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: NAU.
- O'Brien Cousins, S. & Keating, N. (1995). Life cycle patterns of physical activity among sedentary and active older women. *Journal of Aging and Physical Activity*. Volume (3), 340-359. Human Kinetics Publishers, Inc.
- Oliveira, M. C. de. (1999). Menopausa, reposição hormonal e construção social na idade madura. . In Néri, A. L. & Debert, G. G. (orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus.
- Ouriques, E. P. M. (2000). *Hábitos de atividade física e histórico de vida associados à densidade mineral óssea de pessoas com idade acima de 80 anos*. Dissertação de Mestrado, Pós- Graduação em Educação Física, UFSC. Santa Catarina.
- Paffembarger Jr. R. S. & Lee, I. M. (1996). Physical activity and fitness for health and longevity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (3), 11-28.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G., King, A. C., Kriska, A., Leon, A. S., Marcus, B. H., Morris, J., Paffembarger, R. S. Jr., Patrick, K., Pollock, M. L., Rippe, J. M., Sallis, J., Wilmore, J. H. (1995). Physical Activity and Public Health: A Recommendation from the Centers

- for Disease Control and prevention and the American College of Sports Medicine. American Medical Association, JAMA, 273(5), 402-407.*
- Pérez, V. R. (2001). *Aspectos didácticos de los programas de actividad física em mayores y su relación con al calidad de vida*. In: Camiã, F. F. e Santos, J. M. M. (ed.) *Anais do II Congresso de Actividad Física y deportes para Personas maiores e Encuentro Deportivo International de Personas Mayores*. Santiago de Compostela: Verde Ediciones.
- Pimenta, C. A. de M. & Campedelli, M. C. (1993). A dor no idoso. *A terceira idade*, 5(7), 15-19.
- Prager, E. (1997). Meanig in later life: Na organizing theme for gerontological curriculum desing. *Educational Gerontology*. 23, 1-13.
- Reis, R.S. (2001). Determinantes ambientais para a realização de atividade física nos parques urbanos de Curitiba: uma abordagem sócio-ecológica da percepção dos usuários. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos (Dissertação de Mestrado).
- Rosa, T. E. da C., Benício, M. H. D'Aquino, Latorre, M. do R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Risman, A. (1995). Atividade sexual na terceira. In *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro/ Renato P. Veras...*[et al.]; Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ.
- Rodrigues, N. da C. (2000). *Conversando com Nara da Costa Rodrigues: sobre gerontologia social / organizado por Carme Regina Schons e Lucia Terezinha Saccomori Palma*. 2 ed. Passo Fundo: UPF.
- _____. (1993). A prática pedagógica junto ao idoso. *A Terceira Idade*, 5 (7), 45-49.
- Rosenfeld, S. (1997). Os idosos e os medicamentos na sociedade. In Renato P. Veras (Org.). *Terceira idade: desafios para o novo milênio*. Rio de Janeiro. Relume Dumará: UnATI/UERJ.
- Safons, M. P. (1999). Algumas considerações sobre o envelhecimento e a atividade física. *Humanidades*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Schaie, K. W. (1983). The Seattle longitudinal study; a twenty-one year exploration of psycometric intelligence. In: Schaie, K.W. *Longitudinal studies of adult psychological development*. New York. Guilford Press.
- Setién, M. L. (1993). Indicadores sociales de calidad de vida. Madrid: Siglo XIX de Espanha Editores, S.A.
- Sharkey, B. J. (2001). *Fitness and health*. - 5 ed. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Shephard, R. J. (1994). Determinants of exercise in people aged 65 Years and Older. In

- Dishman, R. K. *Advances in exercise adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Shephard, R. J. (1997). *Aging, physical activity, and health*. Champaign, IL: Human Kinetics
- Silva, M. A. da. (1999). Exercício e qualidade de vida. In Ghorayeb, N. & Barros, T. – *O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Simões, J. A. (1998). A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In Barros, M. M. L. (Org.). *A Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.
- Stalhl, T.; Rütten, D.; Nutbean, D. Bauman, A.; Kannas, L.; Abel, T.; Lüschen, G.; Rodriguez, D. J. A.; Vinck, J. ; Zee, J. V. D. (2001). The importance of the social enviroment for physically active lifestyle-results from an international study. *Social Sci. Med.* (52), 1-10.
- Svensson, T. (1991). Intellectual exercise na quality of life in the frail elderli. In: Birren, J. E. [et al.]. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, California. Academi Press, Inc.
- Targino, P. F. (1994). Hormônios e envelhecimento. In Guidi L. M. & Moreira, M. R. de L. P. (Orgs.). *Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida*. – Brasília: Editora de Brasília.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World health Organization WHOQOL-bref. Quality of life Assesment 1998. *Psycologi Medicine*, (28), 551-558.
- Thomas, J. R. e Nelson, J. K. (2002). *Métodos de pesquisa em atividade física*. Trad. Ricardo Petersen... [et al.] 3 ed.- Porto Alegre: Artmed.
- Trevisan, T. V. & Andrade, C. M. (1999). Escola para adultos: um projeto de cidadania para a terceira idade. *Caderno Adulto*. Santa Maria, (3), 71-78.
- Ueno, L. M. (1999). A influência da atividade física na capacidade funcional: Envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 4(2), 57-68
- Uhlemberg, P.A. (1987). A demographic perspective on aging. In Silverman, P. (Org.) *The elderly as modern pioneers*. Indiana: Indiana University.
- Veras, R. P. (1994). *País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- _____. (1995). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. UnATI/UERJ.
- Veras, R. P. e Alves, M. J. (1995). A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo, HUCITEC,

- Veríssimo, M. T. (1999). Exercício físico nos idosos. In Costa, Maria Arminda Fernandes et al. *O idoso - problemas e realidades*. (pp 117-127). Coimbra: Formasau.
- Vitta, A. de (2000). Atividade física e bem-estar na velhice. In Neri, A.L. & Freire, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL), In Orley J. Kuyken W. editors. *Quality of life assesment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- WHOQOL Group (2000) – *Versão em português dos instrumentos de validação de qualidade de vida* (WHOQOL) 1998 – **Disponível: : <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>**
- Wilmore, J. H. & Costill, D. L. (1994). *Physiology of sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Wong, P. T. P. (1999) Meaning of life and meaning of death in successful aging. In: Tomer, A (org.) *Death attitudes and the older adult: theories, concepts and applications*. Taylor-Francis Publischers (no prelo). **Disponível: <http://www.meaning.twu.ca/deathsa.htm>**.
- Zuben, Von N. A. (2001). Envelhecimento: metamorfose de sentido sob o signo da finitude. In Néri, A.L. (Org.). *Maturidade e velhice*. Campinas, SP: Papirus.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de Coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CENTRO DE DESPORTOS – CDS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES IDOSAS

Roteiro de Entrevista

Esse é um instrumento de coleta de dados para um estudo que pretende analisar as atividades físicas habituais e a qualidade de vida de mulheres idosas. ATENÇÃO note que o seu nome não será inscrito, as suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. Desde já, agradecemos a sua participação!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Data ___/___/___

- 1- Data de **nascimento** ___/___/___
 - 2- Qual o seu peso? _____
 - 3- Qual a sua altura? _____
 - 4- Qual é a sua **descendência**? ¹[] portuguesa ²[] italiana ³[] africana
⁴[] alemã ¹[B] ²[N] ³[P] ⁴[A] ⁵[] não sei responder
⁶[] _____ outra
 - 5- Qual o seu **estado civil**? ¹[] solteira ²[] casada/vivendo com parceiro
³[] viúva ⁴[] divorciada/separada
 - 6- **Até que série escolar** a Sra. **cursou**? _____
 - 7- Até que série escolar o principal responsável pelo sustento da casa cursou? _____
 - 8- N.º de pessoas morando em sua casa: [___] N.º de filhos que Sra. tem: [___]
ATENÇÃO! Indique nos espaços abaixo a quantidade (número) de itens que existe em sua residência.
- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| TV em cores [___] | Rádio [___] | Banheiro [___] |
| Automóvel [___] | Videocassete [___] | Máquina de lavar [___] |
| Geladeira [___] | Aspirador de pó ou Vaporeto [___] | |
| Freezer (ou geladeira duplex) [___] | Empregada Mensalista [___] | |

INFORMAÇÕES SOBRE COMO SE SENTE A RESPEITO DE SUA QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E OUTRAS ÁREAS DE SUA VIDA

Ouçã com atenção e responda indicando qual das afirmações mais combina com respeito de sua qualidade de vida

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
2	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouca	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativo)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouca	Médio	Muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bem	Bem	Muito bem
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

QUESTÕES SOBRE A ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

SEDENTÁRIO:

Não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

INSUFICIENTEMENTE ATIVO:

Realiza atividade física por pelo menos 10 minutos por semana, porém insuficiente para ser classificado como ativo. Pode ser dividido em dois grupos:

- A) Atinge pelo menos um dos critérios da recomendação
 - a) Frequência: 5 vezes /semana OU
 - b) Duração: 150 min / semana
- B) Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação

ATIVO:

Cumpriu as recomendações:

- a) VIGOROSA: $\geq 3x/sem$ e ≥ 20 minutos por sessão
- b) MODERADA OU CAMINHADA: $\geq 5x/sem$ e ≥ 30 minutos por sessão
- c) Qualquer atividade: $\geq 5x/sem$ e ≥ 150 minutos/sem

MUITO ATIVO:

Cumpriu as recomendações:

- a) VIGOROSA: $\geq 5x/sem$ e ≥ 30 minutos por sessão OU
- b) VIGOROSA: $\geq 3x/sem$ e ≥ 20 minutos por sessão +
- c) MODERADA e/ou CAMINHADA: $\geq 5x/sem$ e ≥ 30 minutos por sessão

ANEXO 3

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

A adoção do mercado a um Critério de Classificação Econômica comum, restabelece a unicidade dos mecanismos de avaliação do potencial de compra dos consumidores, após alguns anos de existência de dois critérios.

O novo sistema, batizado de **Critério de Classificação Econômica Brasil**, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. A divisão de mercado definida pelas entidades é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens	Não tem	TEM			
		1	2	3	4 ou +
TV em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer	0	1	1	1	1

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	4
B1	21-24	7
B2	17-20	12
C	11-16	31
D	6-10	33
E	0-5	12

OBS: Não se encontram computados os dados de escolaridade do principal responsável pelo sustento da casa.

ANEXO 4

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Legal

Universidade Federal do Rio grande do Sul – Porto Alegre - Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE COMO SE SENTE A RESPEITO DE SUA QUALIDADE DE
VIDA, SAÚDE E OUTRAS ÁREAS DE SUA VIDA

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito satisfeita	insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	Muito satisfeita
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouca	Mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativo)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouca	Médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito bem	ruim	Nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	Muito satisfeita
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 5

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

PASSOS PARA CHECAR E ESCLARECER DADOS E COMPUTAR AS FACETAS E OS ESCORES DOS DOMÍNIOS

Sintaxe SPSS – WHOQOL – breve QUESTIONARE

Registro ou protocolo q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(escore baseados em escala de 4-20)

Cômputo do domínio 1 = (média 6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4

Cômputo do domínio 2 = (média 5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

Cômputo do domínio 3 = (média 2 (q20, q21, q22)) * 4

Cômputo do domínio 4 = (média 6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

Cômputo total = (média 2 (q1, q2)) * 3

(escores transformados para a escala de 0-100)

Cômputo do domínio 1b = (domínio 1 – 4) * (100/16)

Cômputo do domínio 2b = (domínio 2 – 4) * (100/16)

Cômputo do domínio 3b = (domínio 3 – 4) * (100/16)

Cômputo do domínio 4b = (domínio 4 – 4) * (100/16)

Cômputo do domínio q1b = (q1 – 1) * (100/16)

Cômputo do domínio q2b = (q2 – 1) * (100/16)

Embora o WHOQOL-breve (2000) apresente os passos para checar e esclarecer dados e computar as facetas (subdomínios) e os escores dos domínios (Anexo 5), utilizou-se a análise estatística descritiva por meio de frequências e percentuais, o teste do Qui-quadrado e a análise de Cluster, para atingir os objetivos propostos neste estudo.